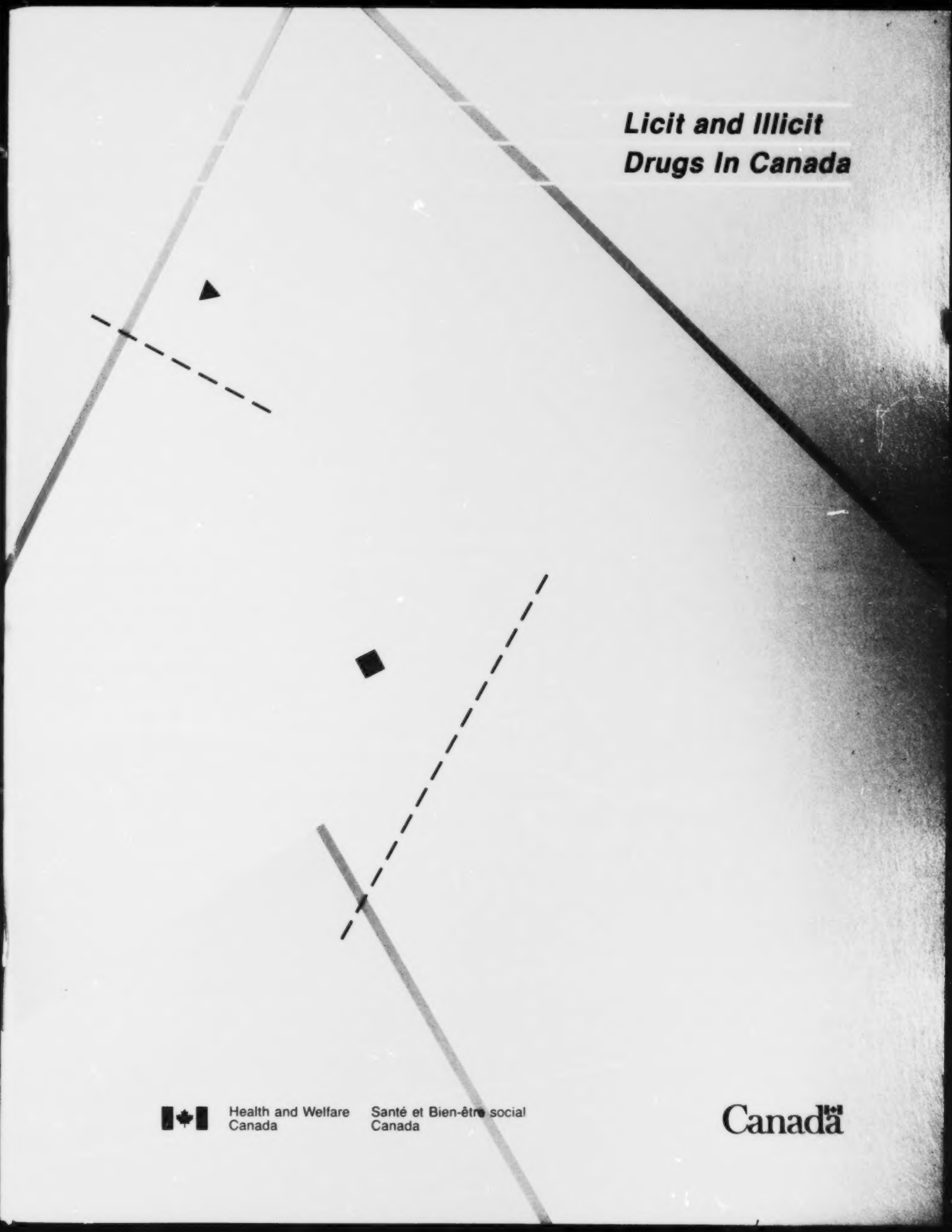
# *Licit and Illicit Drugs In Canada*



Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

# *Licit and Illicit Drugs*
# *In Canada*

Published by authority of the
Minister of National Health and Welfare

90-05214/

Suggested citation:

Health and Welfare Canada (1989)
Licit and Illicit Drugs in Canada
Edited by Marc Eliany

© Minister of Supply and Services
Canada 1989
Cat. No. H39-159/1989E
ISBN 0-662-17136-5

Également disponible en français sous le titre
"Les drogues licites et illicites au Canada"

# LICIT AND ILLICIT DRUGS IN CANADA

## PREFACE

On May 25, 1987, the federal government formally launched the National Drug Strategy, "Action on Drug Abuse." The overall objective of the strategy is to reduce the harm to individuals, families and communities from the abuse of alcohol and other drugs through a balanced and co-ordinated approach that is acceptable to Canadians.

At every level, efforts against substance abuse rely upon accurate and timely information about the nature, extent, patterns and consequences of such abuse. This report, Licit and Illicit Drugs in Canada and its companion report, Alcohol in Canada, were developed by the Health Promotion Directorate to address these needs as part of its contribution to the National Drug Strategy.

Licit and Illicit Drugs in Canada draws together data from an array of sources to document trends in drug use in Canada. In this report the distinction between illicit and licit drugs is predominantly historical and legal in nature - rather than purely pharmacological. As such, chapters one through four focus on the use and effects of selected "licit" drugs, in particular, tranquillizers, sleeping pills, analgesics and amphetamines. Chapters five through eight summarize recent Canadian data on a range of "illicit" drugs, including cocaine, marijuana, hallucinogens, heroin and volatile substances.

Licit and Illicit Drugs in Canada reveals some encouraging signs of progress in our efforts to reduce substance abuse in Canada. However, in order to document and substantiate these promising trends, further research will be required.

## Acknowledgements

We wish to thank Marc Eliany for editing this report, and Irv Rootman, Reg Warren, Norman Giesbrecht, Pierre Lamarche, Tom Stephens and Jim Anderson for their extensive review of preliminary drafts prepared by Evalusearch.

**Information and comments on this report may be addressed to:**

Health Promotion Studies Unit
4th Floor, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario
K1A 1B4

**Copies of this report may be obtained by contacting:**

Publications Unit
Health Services and Promotion Branch
5th Floor, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario
K1A 1B4

# TABLE OF CONTENTS

**Preface** . . . . . i

**Highlights:**
**Licit and Illicit Drugs in Canada** . . . . . v

**Part One. Licit Drug Use** . . . . . 1

1. Types of Psychoactive Drugs and Their Effects . . . . . 1
   - 1.1 Tranquillizers/Sleeping Pills . . . . . 1
   - 1.2 Combination Analgesics . . . . . 2
   - 1.3 Amphetamines . . . . . 2
2. Licit Drug Use by Canadian Adults . . . . . 3
   - 2.1 Prevalence and Trends in Use . . . . . 3
   - 2.2 Age and Sex of Adult Users . . . . . 4
   - 2.3 Social Characteristics of Adult Users . . . 5
3. Licit Drug Use by Canadian Youth . . . . . 6
   - 3.1 Prevalence and Trends in Use . . . . . 6
   - 3.2 Age and Sex of Young Users . . . . . 7

**Part Two. Illicit Drug Use** . . . . . 9

4. Types of Illicit Drugs and Their Effects . . . . 9
   - 4.1 Cocaine . . . . . 9
   - 4.2 Marijuana . . . . . 9
   - 4.3 Hallucinogens . . . . . 10
   - 4.4 Heroin . . . . . 11
   - 4.5 Volatile Substances . . . . . 11
5. Illicit Drug Use by Canadian Adults . . . . . 12
   - 5.1 Prevalence and Trends in Use . . . . . 12
   - 5.2 International Comparisons . . . . . 13
   - 5.3 Age and Sex of Adult Users . . . . . 15
   - 5.4 Social Characteristics of Adult Users . . 15
   - 5.5 Adult Attitudes toward Drug Use . . . . 16
   - 5.6 Morbidity Related to Drug Use . . . . . 17
   - 5.7 Convictions for Drug Offences . . . . . 18
6. Illicit Drug Use by Canadian Youth . . . . . 19
   - 6.1 Prevalence . . . . . 19
   - 6.2 Age and Sex of Young Users . . . . . 21
   - 6.3 Native Youth . . . . . 22
   - 6.4 Trends in Use . . . . . 23
   - 6.5 Cessation and Abstinence by Young People . . . . . 25
   - 6.6 Drug Use and Driving . . . . . 26
   - 6.7 Youthful Attitudes toward Illicit Drugs . 26

**Conclusions** . . . . . 29

**References** . . . . . 30

# LIST OF TABLES

Table 1. Frequency of reported use of cocaine among adult lifetime users, Ontario, 1984 and 1987 . . . . . 13

Table 2. Comparative drug abuse, by country, 1975 to 1980 . . . . . 14

Table 3. Cannabis use at least once during prior year reported in provincial surveys . . . . . 20

# LIST OF FIGURES


Figure 1. Tranquillizer use in prior year, by sex, Ontario, 1977 to 1987 . . . . . 3

Figure 2. Sleeping pill use in prior year, by sex, Ontario, 1977 to 1987 . . . . . 4

Figure 3. Use of licit drugs in prior year, by age, Ontario, 1987 . . . . . 4

Figure 4. Use of licit drugs in prior year, by sex, Ontario, 1987 . . . . . 5

Figure 5. Use of licit drugs during prior year, by youth, grades 7 to 13, Ontario, 1987 . . . . . 6

Figure 6. Use of licit drugs during prior year, by youth, grades 7 to 13, Ontario, 1977 to 1987 . . . . . 7

Figure 7. Illicit drug use during prior year by adults age 18 and older, Ontario, 1987 . . . . . 12

Figure 8. Cannabis use by adults age 18 and older, by age, Ontario, 1976 to 1987 . . . . . 13

Figure 9. Cannabis use during prior year by adults age 18 and older, by age, Ontario, 1987 . . . . . 15

Figure 10. Cannabis use during prior year by adults age 18 and older, by occupation, Ontario, 1987 . . . . . 16

Figure 11. Drug-related mental, psychiatric and general hospital separations, 1979-80 through 1983-84 . . . . . 17

Figure 12. Drug-related mental, psychiatric and general hospital separations, by sex, 1983-84 . . . . . 17

Figure 13. Drug-related mental, psychiatric and general hospital separations, by age, 1982-83 . . . . . 18

Figure 14. Non-medical drug use during prior year by Ontario students, 1987 . . . . . 19

Figure 15. Cannabis use during prior month reported by young people, by age, Canada, 1986 . . . . . 21

Figure 16. Illicit drug use during prior year by students, Ontario, 1977 to 1987 . . . . . 23

Figure 17. Cannabis use during prior month, by sex, age 12 to 29, Canada, 1983, 1985 and 1986 . . . . . 24

Figure 18. Cannabis use during prior month by youth, age 12 to 29, Canada, 1983, 1985 and 1986 . . . . . 24

Figure 19. Cannabis use during prior year by Ontario students, 1977 to 1987 . . . . . 25

Figure 20. Frequency of cannabis use by Ontario students, 1977 and 1987 . . . . . 25

# HIGHLIGHTS: LICIT AND ILLICIT DRUGS IN CANADA

## Licit Drug Use

- Eight percent of Canadians in 1985 reported using sleeping pills at least once in the previous year, and six percent reported using tranquillizers. Only two percent acknowledged using pep pills.
- In 1987, eight percent of students reported medical use of barbiturates, and five percent medical use of tranquillizers. Non-medical use of barbiturates and non-medical use of tranquillizers were each reported by three percent.
- There has been a downward trend in tranquillizer use since 1977, but very little change in consumption of sleeping pills.
- Women of all ages are more likely to report sleeping pill and tranquillizer use than men, by a ratio of approximately 1.7:1. Women in the 25 to 44 age group were prescribed tranquillizers significantly more often than men, even when receiving the same psychosocial diagnosis.
- There is a positive relationship between age and the use of tranquillizers and sleeping pills. In 1984-85, older men and women received prescriptions for benzodiazepines most frequently, with elderly women receiving almost half of the prescriptions each year. This represents a change from 1977-78 when middle-aged women were the most frequent recipients.
- Occupational status was significantly related to tranquillizer use, with housewives, retired individuals, students and the unemployed reporting use more frequently than employed individuals. Three out of every four tranquillizer users consider their lives to be stressful.
- Quebec and British Columbia are the only two provinces to report use of sleeping pills above the national average.
- Use of sleeping pills among physicians in training was five and one half times as high as those in the same age group in the general population.

## Illicit Drug Use

- A rather small minority of Canadian adults use illicit drugs, and an even smaller proportion uses them with any regularity.
- In 1985, six percent of adult Canadians reported using marijuana or hashish, less than one percent cocaine and two percent stimulants, within the previous 12 months.
- Eleven percent of Canadians age 12 to 29 had used cannabis at some time in their lives. Four percent had used cannabis in the month prior to a 1986 survey.
- The majority of illicit drug users appear to be experimental users. Ten percent of Ontario students reported use in the previous month and of these approximately 60% reported use only one or two times. Four percent of Ontario students reported using cannabis more than twice in the previous month.
- Results from repeated surveys suggest a recent decline in use of cannabis and other illicit drugs. A statistically significant reduction in the frequency of marijuana use (except for daily use) was indicated between 1981 and 1985.

- Between 1980 and 1985, convictions for cannabis possession and/or trafficking decreased substantially. The majority of convictions involved simple possession.

- In contrast to conclusions derived from survey data, there was a gradual increase between 1979-80 and 1983-84 in the total number of drug-abuse-related hospital separations. In Ontario, there was an increase in the proportion of cocaine-related admissions from one percent in 1979 to ten percent in 1984.

- The low prevalence of cannabis use among people over 30 suggests that cannabis is abandoned by many users at this age.

- A recent decrease in cannabis use among younger adults, coupled with a proportional increase in use by those age 30 and older, suggests a "cohort effect." Those in the youngest cohort are not taking up use at the formerly high levels of the older cohort.

- The number of people reporting use of cocaine at least once in their lifetime increased between 1984 (3.3%) and 1987 (6.1%). This appears to be largely due to an increase in experimental use.

- Not all users are equally likely to stop drug use. Cessation of cannabis use was much less common among those using cannabis with other illicit drugs, and among the heaviest cannabis users.

- Involvement with most illicit drugs increases with grade level, but tends to level off toward the end of the teen years, indicating the end of an experimental phase. In contrast are abusers of volatile substances: glue and solvent abuse tend to decrease with grade level.

- As with adults and other substances, young men are more likely to use illicit drugs than are young women.

- Surveys of drug use among young native Canadians show a much more serious pattern of use and abuse than that found in Canada generally.

- Rates of use of both cannabis (14%) and cocaine (2%) in 1985 were highest among single persons. Higher rates of cannabis use were also reported by those looking for work (12%) and among Anglophones (7%).

- Users of cocaine, cannabis and stimulants were more likely than the population as a whole to find life "very" or "fairly" stressful.

- Marijuana users were much more likely to smoke cigarettes daily and were more likely to drink alcohol.

# PART ONE: LICIT DRUG USE

## 1. Types of Psychoactive Drugs and Their Effects

### 1.1 Tranquillizers/Sleeping Pills

There are a number of medications which are prescribed for their tranquillizing and soporific effects. The most commonly prescribed for these purposes fall into two main categories, benzodiazepines and barbiturates. Benzodiazepines have tended to become substitutes for drugs such as barbiturates.

*Benzodiazepines* are a group of drugs called "minor" tranquillizers, used primarily for their anti-anxiety and sedative properties. They include diazepam, lorazepam, oxazepam, chlordiazepoxide, flurazepam and triazolam. As prescription drugs, they are most commonly known by their trade names which include Valium, Librium, Xanax, Tranxene, Ativan, Serax. When diverted to the illicit drug market, their street names include *tranks, downers* and *Vs*.[2] Benzodiazepines represent about half of the psychoactive drugs consumed,[3] and Valium is the largest selling drug in the world.

Diazepam has been shown to have detrimental effects on cognitive and psychomotor performance including impaired concentration, alertness, learning and memory.[4,5] There is little data on the toxic or negative behaviour effects of the various benzodiazepines.

Despite the extensive use of these drugs, adverse effects appear to be quite limited.[6,7] Experience with clinical populations shows that acute intoxication almost never occurs. Use of these drugs in an abusive manner is usually found among multiple drug users.[6,8] Overdoses have been reported, however. For example, a study of 21 Toronto hospital emergency room admittances found that 39% of drug overdoses and 16% of abuse was for benzodiazepine use.[4]

There is considerable controversy over the dependence potential of benzodiazepines. Evidence from animal studies has shown that all drugs in this group can induce physical dependence, particularly at high doses.[6] A study of a clinical population found that 90% of users taking these drugs for less than eight weeks were able to stop without any negative reactions.[5]

A review of controlled studies found great variation in withdrawal symptoms from long-term therapeutic use. Generally, the more controlled studies found it more difficult to find conclusive evidence on withdrawal.[6] However, other reviews of well-designed research studies point to distinct symptoms due to withdrawal from long-term therapeutic use of benzodiazepines. Symptoms can include rebound anxiety, insomnia, restlessness and sensory disturbances.[2]

Benzodiazepine use has been frequently reported among those entering treatment for drug abuse, including those seeking treatment for alcohol abuse. Data from narcotic treatment centres have shown that as many as 70% of patients are likely to be using and/or abusing benzodiazepines. The most common benzodiazepine of abuse in a sample of patients entering treatment at the Addiction Research Foundation was diazepam.[9] Those who enter treatment tend to be those using the higher doses of benzodiazepines (60 mg/day or more) and those who are multiple drug users.[8]

Benzodiazepine users entering treatment fell into two categories: one group who used the drug for therapeutic reasons, but continued use beyond recommended medical practice; and one group that used benzodiazepines in high doses among other drugs in an abusive manner.[8]

*Barbiturates* such as phenobarbital and secobarbital are powerful central nervous system depressants used for their tranquillizing effects. At high doses they can cause unconsciousness and death through respiratory failure.[2] Tolerance develops quickly with high doses and there is increasing danger of death due to overdose as well as death resulting from immediate withdrawal from the drug.[2] Although many barbiturates remain on the market for clinical purposes, benzodiazepines have been substituted in many cases because of their relative safety.[2]

Barbiturates are chemically produced by pharmaceutical companies and these drugs are diverted illegally and widely available to street drug users. They are known by trade names such as Amytal, Butisol, Nembutal, Luminal, Seconal.[2] There are numerous common street names for barbiturates, e.g. barbs, downers. They are also commonly referred to by the colour of the pills, e.g. blues, yellow jackets, red devils, rainbows.

### *1.2 Combination Analgesics*

These are combination drugs such as codeine and acetaminophen or ASA. In Canada, these combination drugs are available over the counter in limited doses for suppression of cough and relief of minor pain, e.g. 222, Tylenol 1, Veganin, Benylin.[2] Codeine is an opium derivative which has mild euphoric and analgesic effects. Tolerance to codeine develops slowly and physical dependence is infrequent. However, it can be dangerous at high doses by causing seizures.[2]

Other combination analgesics contain ASA or acetaminophen and a barbiturate; for example, Fiorinal contains ASA, caffeine, a barbiturate, and may also contain codeine. It is the barbiturate component of these combination drugs which causes intoxication and reinforces the development of tolerance leading to physical dependence.[10]

### *1.3 Amphetamines*

These drugs are a group of central nervous system stimulants which are legitimately used for appetite suppression. They can be taken orally, inhaled or injected. Use of these drugs causes wakefulness, alertness, energy and feelings of well-being.[2] Familiar trade names for amphetamines are Benzedrine (now off the market) and Dexedrine. Street names for amphetamines include: *speed, bennies, black beauties, copilots, dexies, lid poppers, meth, pep pills* and *uppers*.[2]

Amphetamines are produced by the pharmaceutical industry as well as in illicit laboratories.[2] Legitimate medical uses of the drug include treatment for eating disorders, narcolepsy and attention deficit disorder.[11]

Amphetamines are often abused by groups such as truck drivers and students to prolong wakefulness and endurance. *Speed*, injectable methamphetamine, is the preferred street drug because of its high potency and rapid effect.[2] Chronic use can produce physical and psychological dependence, sleep disorders and psychological disturbances. At high doses the drug can cause toxic psychosis.[2]

## 2. Licit Drug Use by Canadian Adults

### *2.1 Prevalence and Trends in Use*

Cross-sectional surveys of the Canadian population have been conducted on use of prescription drugs such as tranquillizers, sleeping pills and stimulants. Few surveys of the general population make a distinction between licit and illicit use of prescription drugs or between use and abuse as measured by frequency and duration of drug use. Studies of abusive drug use are usually restricted to clinical populations which represent the extreme end of users. The Alcohol and Drug Survey carried out in early 1989 by Health and Welfare Canada will provide extensive data for the first time on the drug use behaviour of the Canadian population.

Prevalence of drug use is a predictor of the prevalence of drug abuse. As with alcohol, consumption rates are indicators of the prevalence of drug abuse problems. As virtually all drugs have a potential for dependence, use of any drug whether for therapeutic or recreational purposes increases the likelihood of abuse.

The use of three classes of licit drugs was probed in the 1985 Health Promotion Survey[28]; of these, sleeping pills and tranquillizers were the most widely used. Eight percent of Canadians reported using sleeping pills at least once in the past year and six percent reported using tranquillizers. Only two percent acknowledged using pep pills, considerably fewer than marijuana users (six percent).

Similar results were found in a 1987 Ontario survey[12]: nine percent of Ontario adults used sleeping pills in the previous 12 months and seven percent used tranquillizers, compared to only two percent for stimulants.

The Health Promotion Survey found a marked pattern of multiple prescription drug use among Canadians age 15 and older in 1985. Thirty-four percent of sleeping pill users also reported using tranquillizers, and 14% of tranquillizer users said they also used sleeping pills.[10]

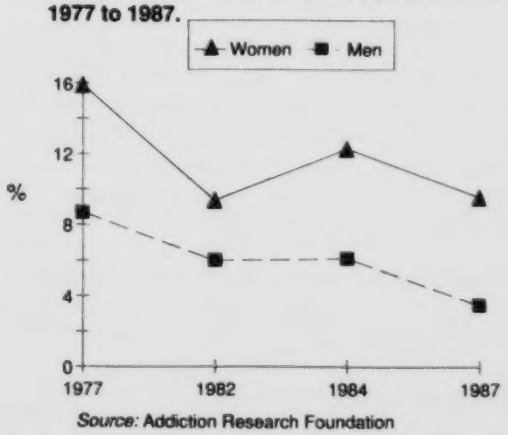
Trend data for Canada as a whole are lacking, but reasonably extensive data for two provinces are available. As can be seen in Figures 1 and 2, there has been a downward trend in tranquillizer use by men and women in Ontario since 1977, but very little change in consumption of sleeping pills.[11]

The Saskatchewan Prescription Drug Plan, initiated in 1975, provides a unique opportunity to examine prescription drug patterns and trends in a large Canadian population. Drug utilization data cover approximately 990,000 individuals.[13] In 1982, 18% of the eligible population in Saskatchewan received prescriptions for mood-modifying drugs, a modest decline from 20% in 1977.[16]

Both the prescription volume for mood-modifying drugs and the proportion of the population receiving these drugs in all age categories decreased between 1977 and 1982. This is despite a four percent increase in the eligible population in the same time period.[16] The decrease in the number of prescriptions for tranquillizers, in particular diazepam and chlordiazepoxide, was largely responsible for this decline.[14]

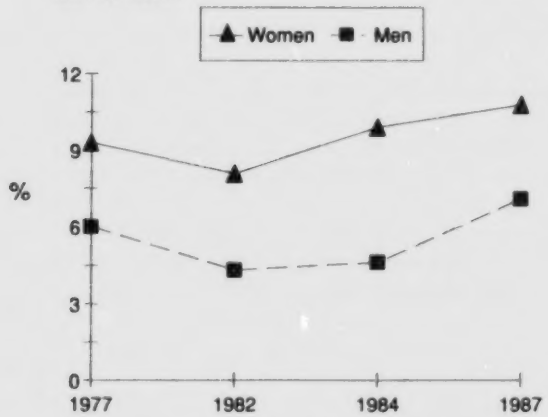
The only drug category to show an overall increase since 1977 in Saskatchewan was sedatives/hypnotics.[19] This increase is largely accounted for by the benzodiazepine triazolam, which is a short-acting benzodiazepine indicated for the

**Figure 1.**
**Tranquillizer use in prior year, by sex, Ontario, 1977 to 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

**Figure 2.**
**Sleeping pill use in prior year, by sex, Ontario, 1977 to 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

short-term management of insomnia. The dramatic increase in the use of triazolam exceeds both the decreasing use of other sedatives/hypnotics and the increase in the eligible Saskatchewan population.[15] In 1982, triazolam accounted for 21% of the benzodiazepine prescriptions compared to 5% in 1979.[14] The level of use of triazolam suggests that it may be used beyond recommendations for short-term treatment of insomnia.[15]

Between 1977 and 1985, a record was maintained of drugs prescribed at a family medicine centre in Ontario. Data on approximately 11,000 patients were analyzed.[19] Results showed that benzodiazepines are widely used by five to ten percent of the population studied each year. In 1984-85, older men and women received prescriptions for benzodiazepines most frequently, with elderly women receiving almost half of the prescriptions each year. This represents a change from 1977-78 when middle-age women were the most frequent recipients.[19]

A 15% decline in benzodiazepine prescribing and a shift from long-acting benzodiazepines, such as diazepam and chlordiazepoxide, to shorter-acting variants, such as triazolam and lorazepam, was evident between 1977 and 1985.

## *2.2 Age and Sex of Adult Users*

National and provincial reports indicate a positive relationship between age and the use of tranquillizers and sleeping pills (see Figure 3). Those in the older age categories (50+) were most likely to report use of these drugs.[11,15,16]

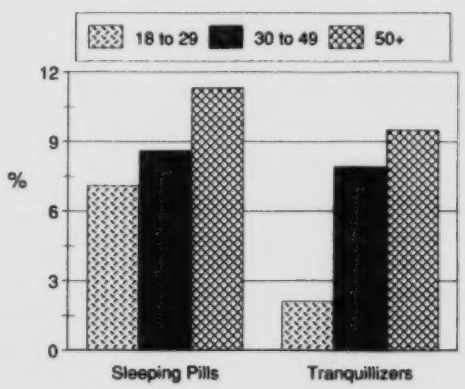
For tranquillizers, the trend toward increased use with age is apparent for both men and women, with the exception of men in the 45 to 54 age group for whom frequency of use is lower than younger age groups.[28]

Both national and Ontario surveys found use of stimulants negatively related to age, with young adults reporting use more frequently.[28,37]

Women of all ages are more likely to report sleeping pill and tranquillizer use than men, by a ratio of approximately 1.7:1 (see Figure 4). Twenty-three percent of women age 65 and over reported using sleeping pills in the previous year compared to 18% of men.

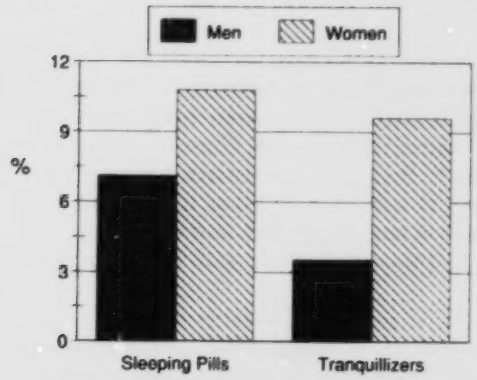
Approximately one out of every twelve women reported tranquillizer use in contrast to one out of twenty men.[28] Ontario data also indicated an overall gender effect with females tending to report more use of these drugs than males.[45] In Saskatchewan,

**Figure 3.**
**Use of licit drugs in prior year, by age, Ontario, 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

**Figure 4.**
**Use of licit drugs in prior year, by sex, Ontario, 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

women were prescribed more mood-modifying drugs than men.[16]

The use of the benzodiazepines by women has received special attention by many researchers. Benzodiazepines are the most frequently used class of psychoactive drugs in the world. Originally marketed as anti-anxiety agents, their use was soon extended to night-time hypnotics, muscle relaxants and anti-convulsants. Within 15 years of its introduction, valium had become the single largest-selling drug in the world.[3]

Comparisons of international surveys of benzodiazepine use indicate that use is consistently higher for women than for men.[8,17,18]

An examination of family medicine centre records indicated that older men and women received prescriptions for benzodiazepines most often, with elderly women receiving almost half the total prescriptions each year.[19]

### *2.3 Social Characteristics of Adult Users*

Information from adult drug use surveys has provided some indication of the social characteristics which are associated with higher rates of licit drug use. These include position in the labour force, marital status, income, education and psycho-social factors.

Some of these characteristics help to describe the higher rates of licit drug use among older Canadians, but explanations are difficult to infer without access to age-standardized data. Canada's Health Promotion Survey, for example, indicated that retired women and men have the highest rate of sleeping pill use (approximately 20%).[28]

In the 1985 Health Promotion Survey, widows and widowers reported the highest rate of sleeping pill use (21%). Tranquillizer use was also most prevalent among widows (17%). These findings suggest that the stress of widowhood may encourage tranquillizer use, but widowhood cannot be easily separated from advanced age and, perhaps, reduced financial security and other problems related to aging.

Separated and divorced men and women also reported tranquillizer use more often in 1985, while single respondents were least likely to report sleeping pill use.[28]

Health Promotion Survey data show that the majority of sleeping pill users and tranquillizer users find their lives stressful. Three out of every four tranquillizer users consider their lives to be stressful while 57% of sleeping pill users reported that their lives were stressful.[28] This perception of life stress may be related to life events such as marital breakup, death of spouse and retirement.

Socio-economic status has been shown to be related to licit drug use in some surveys. The Health Promotion Survey reports that white collar workers have a higher rate of sleeping pill use (seven percent vs. three percent for blue-collar workers); this was more true of women than men. In an Ontario survey, occupational status was significantly related to tranquillizer use, with housewives, retired individuals, students and the unemployed reporting use more frequently than employed individuals.[45]

Both income and education are related to sleeping pill use. The Health Promotion Survey found women who had not gone beyond high school had the highest rates of sleeping pill use (eleven percent vs. six percent for those with some post-secondary education and nine percent for those with a degree).[28] Ontario surveys reported similar findings, with income level and educational status also related to use.[45] However, much of this association may be due to age, and the

lower educational and economic status of elderly Canadians.

Tranquillizer use was not found to be related to income level or educational status in the Health Promotion Survey.[28] In contrast, 1987 Ontario survey data did find a significant inverse relationship between educational status and likelihood to report tranquillizer use, and gross family income and use, i.e. those with elementary educations were more likely to report use than those with post-secondary education, and those with lower incomes were more likely to report use than those in higher income brackets.[45] As with sleeping pills, much of this association may be due to age.

There were no relationships found between socio-economic variables and use of stimulants in either the Health Promotion Survey or the Ontario survey of adults.[28,45]

Francophones, particularly Francophone women, show a higher prevalence of sleeping pill and tranquillizer use than Anglophones.[28]

Quebec and British Columbia are the only two provinces to report use of sleeping pills above the national average. Quebec and Ontario report the highest use of tranquillizers, nine percent and six percent of their populations respectively.[28]

The use of licit and illicit drugs by physicians is an issue that has received some scrutiny by both researchers and licensing bodies. Patterns of use among physicians during their training years are of particular interest because they may predict future substance abuse.

An Ontario study surveyed 1,805 medical residents and interns on their use of a variety of illicit and licit drugs.[33] Use of sleeping pills among these physicians was found to be five and a half times as high as those in the same age group in the general population. This may be related to the demanding schedules of interns and residents.[33]

## 3. Licit Drug Use by Canadian Youth

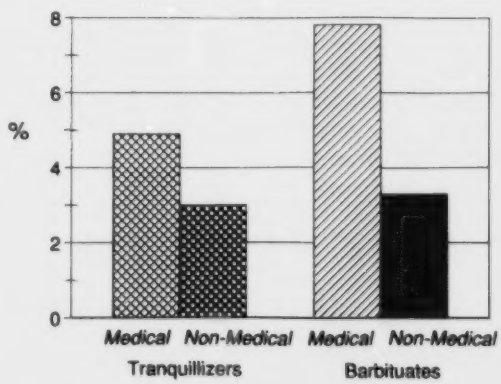
### *3.1 Prevalence and Trends in Use*

In contrast to most of the data just reviewed, the Addiction Research Foundation Ontario student survey makes a distinction between medical and non-medical use of barbiturates, stimulants and tranquillizers.[12] Based on self-reports, young people in grades 7, 9, 11 and 13 were asked if they had used certain classes of licit drugs with and without a doctor's prescription in the year prior to the survey.

In 1987, eight percent of Ontario students reported medical use of barbiturates, and five percent medical use of tranquillizers. Non-medical use of barbiturates and non-medical use of tranquillizers were each reported by three percent (see Figure 5).[12]

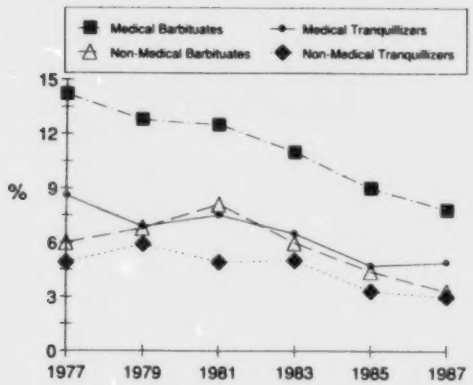
There has been a downward trend in the use of these substances since 1977.[12] As can be seen in Figure 6, this downward trend has occurred for both medical and non-medical use.

**Figure 5.**
**Use of licit drugs during prior year, by youth, grades 7 to 13, Ontario, 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

**Figure 6.**
**Use of licit drugs during prior year, by youth, grades 7 to 13, Ontario, 1977 to 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

### *3.2 Age and Sex of Young Users*

In both the national survey and in the Ontario survey, younger people were least likely to report sleeping pill and tranquillizer use. The Health Promotion Survey of adults age 15 and older showed the lowest age group, age 15 to 24, to have the lowest rates of use.[28] Among the youth surveyed in Ontario, use of these drugs tended to peak at age 16 to 17.[12]

Differences between boys and girls in the use of licit drugs tend to be insignificant. Among Ontario students, differences in use of licit drugs by boys and girls were only seen in the non-medical use of barbiturates, with boys more likely to report use than girls.[20]

Trends in use indicated a significant decline for females in the medical use of barbiturates and a significant decline in the non-medical use of tranquillizers, sleeping pills and stimulants.

# PART TWO: ILLICIT DRUG USE

## 4. Types of Illicit Drugs and Their Effects

This section provides a brief general description of the illicit drugs discussed in this monograph. The purpose is to give the reader some basic understanding of the different drugs of abuse and some of their known effects. For a comprehensive description of drugs and their effects, the reader is referred to Drugs and Drug Abuse, 2nd edition, published by the Addiction Research Foundation of Ontario.[2]

### 4.1 Cocaine

Cocaine is the principal alkaloid of the coca shrub which grows wild or is cultivated throughout South and Central America. Cocaine was used at the beginning of the century in various forms of patent medicines and therapeutic drinks. More recently, cocaine has come to be used as a recreational drug.

Cocaine is a powerful, short-acting, central nervous system (CNS) stimulant. At low doses, it is a powerful euphoriant and causes increased activity. Reported positive drug effects include a sense of well-being and additional energy, and increased sexual arousal.[21]

Cocaine is available in two forms: cocaine hydrochloride which is usually inhaled through the nose (snorting); and as the alkaloidal base known as cocaine freebase. Preprocessed freebase is now available on the street and known as *crack*, which is usually smoked. Cocaine can be taken intravenously and, in combination with heroin, is known as a *speedball*.[3] Street names for cocaine include: *C, coke, flake, snow, stardust*.[2]

Cocaine, unlike most other drugs, has no safe dose. An amount that may be used on one occasion without any negative effects may cause a fatal cardiac arrhythmia on another occasion.[3]

Cocaine can be physically addicting but withdrawal symptoms are not as severe as those experienced with other stimulants.[2,3] Among clinical populations, studies of heavy cocaine users indicate that few become physically addicted; about eight percent required treatment for addiction in one Canadian study. However, some users develop a tolerance and become addicted.[22]

Despite the lack of intense physical withdrawal symptoms, cocaine is considered by some to be the most addictive of all drugs. The intensely pleasurable effects appear to reinforce repeated use more than most other psychoactive drugs, and lead to strong psychological craving and consequent dependence.[2,3] Death from cocaine overdose has become increasingly common in the United States and there is evidence of increased drug problems due to cocaine in Canada.[2,23] Most cocaine-related deaths are a result of intravenous use.

Most heavy users of cocaine report a variety of negative psychological and physical symptoms. Psycho-social problems are frequent among heavy users.[22,23] Cocaine psychosis, a possible side-effect of heavy use, is characterized by hallucinations and delusions which may induce violence in the user.[23]

### 4.2 Marijuana (Cannabis)

Marijuana is a resin-producing variety of the hemp plant indigenous to Asia and cultivated worldwide. The plant has glands which produce a resinous substance which contains compounds called cannabinoids, the most psychoactive and prevalent of which is commonly referred to as THC (tetrahydrocannabinol).[24]

Marijuana and hashish are usually smoked in cigarette form or in a pipe. Marijuana cigarettes

*(joints)* typically contain between 500 and 750 mg of marijuana. Hashish oil, a black oily liquid, is more potent and one drop applied to a marijuana cigarette can double its potency.[6] Street names for marijuana are numerous, indicating the central place of this drug in some sub-cultures. These include: *Mary Jane, Acapulco Gold, ace, bhang, Colombian, ganja, grass, hemp, Indian, Jamaican, joint, Mexican, Maui wowie, Panama Red, Panama Gold, pot, reefer, ragweed, sativa, sinse, tea, Thai sticks, weed.*[2]

Effects of marijuana use at low doses are relatively non-specific and are very much influenced by individual and environmental factors.[25] The acute effects of marijuana are usually pleasant, and in low to moderate doses induce feelings of well-being, relaxation, garrulousness, disinhibition and sensory distortion. At higher doses, perceptual distortion common to hallucinogens can occur.[2] Adverse effects are not infrequent and can occur unexpectedly even for experienced users. Acute adverse effects can include acute toxic psychosis, acute panic reactions and flashback phenomena.[24]

Marijuana can impair motor activity, impair memory, alter time sense and reflex response time, and limit attention span.[7] Marijuana use has also been associated with Amotivational Syndrome wherein the user becomes extremely apathetic, unmotivated, and unable to perform tasks which are complex or require some time to complete.[24,25]

Cannabis users become more sensitive to the drug after several administrations and may require less of the drug to achieve desired effects. Studies of heavy frequent users have demonstrated that some tolerance can occur wherein increasingly larger doses of the drug are needed to maintain the desired intensity. If these users abstain for a few days, their original sensitivity to the drug effect will return. Psychological dependence and craving have been shown to occur with regular high dose use of the drug.[2]

There have been no studies of general populations to determine the rate of serious adverse reactions to marijuana. The number of patients reporting to treatment facilities with adverse psychological effects is small, given the apparently extensive use of the drug in some populations. In 80% of cases of adverse reactions in clinical studies, concomitant use of other hallucinogens has been reported.[25]

### *4.3 Hallucinogens*

Hallucinogens represent a class of substances which produce hallucinations and perceptual distortions. Hallucinogens have been used for centuries and, in the 1960s, a cult developed around the experimental use of lysergic acid diethylamide (LSD). Currently, the major hallucinogens of abuse among adolescents are LSD and phencyclidine (PCP).

LSD is the strongest of the known hallucinogens. It is a synthetic drug produced in illicit laboratories. In minute doses (50-100 micrograms), it can produce strong psychological changes. These can include visual hallucinations, synesthesia (a melding of senses); distortions of body image, time and space; and feelings of deep introspection. Experiences can be pleasurable and perceived as insightful by the user or extremely negative and anxiety-producing, a so-called bad trip. Brief LSD-induced psychotic episodes have been reported by a minority of users.

Effects of long-term use have included flashbacks, Amotivational Syndrome and protracted periods of psychosis. No deaths have been attributed directly to an LSD overdose, but suicide as a result of LSD intoxication has been reported.

Diluted with other substances because of the extremely small dose needed, LSD is obtainable in capsules, tablets, solutions, gelatin sheets and blotting paper. It is usually taken orally, but can also be inhaled or injected. Street names for LSD include: *acid, barrels, blotters, California sunshine, cube, domes, flats, frogs, lids, wedges, windowpane.*

Phencyclidine (PCP) was originally used as a human anesthetic, but was discontinued because of its side effects. These include both stimulant and depressant properties as well as perceptual changes similar to those produced by LSD, and feelings of euphoria.

PCP also produces very negative psychologic effects including paranoia, agitation, disorientation and alienation, even at low doses and among experienced users. Like LSD, PCP is produced in illicit laboratories and is sometimes taken with LSD or in combination with marijuana. It is a soluble

white crystalline powder sold in powder or pill form and can be smoked, ingested, or injected. It is often misrepresented as methamphetamine or *speed*.

There are many street names for PCP including: *angel dust, crystal, hog, peace pill, horse tranquillizer.* (Note that amphetamines are dealt with in Part One of this report.)

PCP does not appear to produce physical dependence, but users have reported experiencing craving when unable to get the drug. Drug overdoses and death have occurred, characterized by coma, convulsions and respiratory failure.

### 4.4 Heroin

Heroin is a strong narcotic analgesic which is derived from morphine. It has potent euphoric and analgesic properties and has the greatest dependence potential of any narcotic analgesic. The preferred mode of administration in North America is injection, although the drug can also be sniffed, smoked or swallowed. Street names for heroin include: *dust, horse, junk, smack, scag, black tar.*

Heroin is a soluble white crystalline powder diluted for illicit sale with substances such as milk sugar, dextrose or quinine. A very limited amount of heroin is produced for medical purposes, but the majority is synthesized in illicit laboratories.

Tolerance develops rapidly with regular use and increasingly high doses are required to achieve desired effects. Chronic high dose users reach a "drug plateau" where no dose will produce the desired effects, and users continue to administer the drug to avoid withdrawal symptoms.

Despite media dramatizations of heroin withdrawal, cessation is rarely fatal and is similar to a bad case of influenza. Observations of heroin-addicted individuals who have been maintained on daily doses under medical supervision show no significant psychological or physical negative effects from the drug. However, many adverse effects of heroin use are related to the addiction lifestyle and methods of drug administration.

The risk of death from overdose is high for users of this street drug as there are wide variations in quality and availability of the drug. The common practice of sharing needles puts the heroin user at very high risk for the transmittal of diseases such as hepatitis and AIDS.

### 4.5 Volatile Substances

There are many household and industrial volatile substances which have the potential for abuse. Most commonly abused agents are volatile hydrocarbon solvents from petroleum and natural gas.[2] A sample list of these substances includes glue, paint thinners, fuels, shoe polish, vegetable non-stick frying sprays, fire extinguishing agents, antiperspirants and coronary artery dilators.[26] Street names include *glue, gas, sniff.*

The most common method of use is to place the substance in a plastic or paper bag and inhale the fumes. This is usually done as a group activity. Substances can also be inhaled directly from the container.[26]

Volatile agents act as CNS depressants and their effects are similar to those of sedatives at low doses and to anesthesia at higher doses.[2,26] Symptoms are progressive and dose-related and include nausea, disorientation, loss of inhibitions and feelings of invulnerability often accompanied by bizarre behaviour.[2,26] Higher doses produce a further CNS depression which can lead to cardiorespiratory arrest.[26]

Psychological dependence on inhalant substances is common, however physical dependence as a result of chronic abuse has not been clearly ascertained.[2] Deaths have occurred with acute use, usually as a result of severe irregular heartbeat, "sudden sniffing deaths" and as a result of suffocation, where the user becomes unconscious with a plastic bag over his/her head.[2] There is clear evidence that chronic use of solvents causes brain damage.[2]

Abuse of volatile substances is most prevalent among younger adolescents.[26,27] These agents are attractive to young users because of the rapid onset of the high, the euphoria produced by the substances, and the low cost and easy availability.

## 5. Illicit Drug Use by Canadian Adults

### *5.1 Prevalence and Trends in Use*

Both national and provincial studies of the prevalence of alcohol and drug use in Canada have been conducted. These are cross-sectional surveys which give a picture of current use in various populations. Only limited data exist for Canada as a whole, and there are no national trend data. Since all the surveys rely upon self-reports, some under-reporting is to be expected; the extent of this is impossible to estimate. Moreover, questions, data-gathering techniques and sample design vary from survey to survey, making comparisons and generalizations very perilous.

Canada's Health Promotion Survey was conducted in 1985 by Statistics Canada on behalf of Health and Welfare Canada. It provides data on the health-related behaviours and attitudes of about 11,000 Canadians age 15 and older. The survey was conducted by means of random telephone interviews in all 10 provinces and the Yukon. All results presented in this report are based on self-reported drug use in the 12 months prior to the survey.[28]

The Health Promotion Survey reported the use, by adult Canadians, of marijuana or hashish (six percent), cocaine (less than one percent), and stimulants (two percent), within the past 12 months.

Survey data are also available to describe self-reported drug use among Ontario adults age 18 and older (see Figure 7).[12] Higher rates of use were reported than in the Health Promotion Survey for both cannabis (ten percent) and cocaine (two percent), although the Ontario data are for 1987. The majority used both drugs less than once a month and lifetime use for cocaine was only six percent.

A 1982 Canadian Forces personnel survey indicated that 14% had used cannabis in the previous 12 months. Rates of use were slightly higher than those reported in the civilian population and significantly lower than those reported by U.S. military personnel.[29]

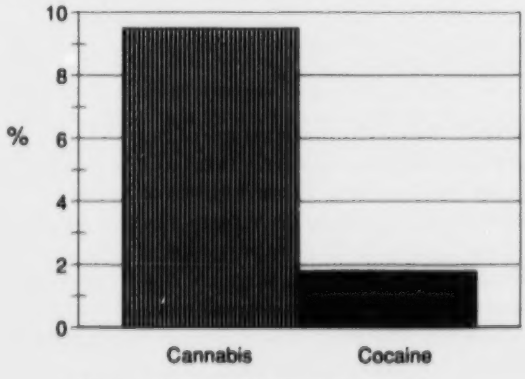
Data to describe illicit drug use by native people are very scarce. One survey has reported rates which were significantly higher than for Canada or Ontario. In a Saskatchewan survey of native adults, 56% reported having used drugs in the categories of solvents, non-beverage alcohol, street drugs, and over-the-counter and prescription drugs within the past year. The majority of drug use (60%) was street (illicit) drugs, and 11% of adults reported abusing solvents. Regular drug use (at least once a week) was reported by 27% of respondents.[30]

Patterns of multiple drug use are partially described for the Canadian population, with no distinction between illicit drug use and licit prescription drug use. For example, in Canada's 1985 Health Promotion Survey, one in every twenty Canadians age 15 and older reported using more than one drug in the previous 12 months.[28]

Cocaine users are known to be frequent multiple drug users.[11,28,31] Four percent of respondents to the Canadian Forces personnel survey reported multiple drug use. Nonmedical use of drugs was positively associated with the use of alcohol, particularly with the volume of alcohol consumed.[12] The high correlation of alcohol and tobacco use is also well documented.[28]

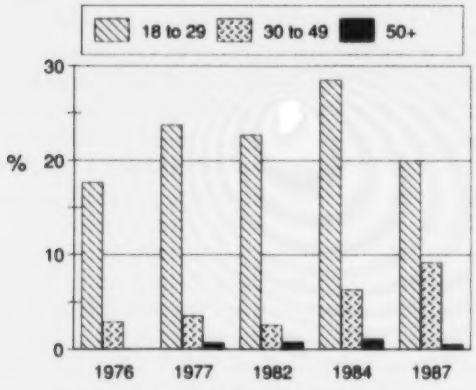
These prevalence estimates are extremely rough and varied due to the nature and variety of survey methods used. Nevertheless, it seems reasonable to conclude that a rather small minority of Canadian adults uses illicit drugs at all, and an even smaller

**Figure 7.**
**Illicit drug use during prior year by adults age 18 and older,Ontario, 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

**Figure 8.**
**Cannabis use by adults age 18 and older, by age, Ontario, 1976 to 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

proportion uses them with any regularity. However, as the next section reveals, these users are not spread evenly across the population, but are concentrated in certain demographic groups.

As is the case with licit drugs, trend data on use of illicit drugs are rare. Health and Welfare Canada surveyed the use of cannabis among adult Canadians and found rates of 10% in 1978, 11% in 1980, and 10% in 1981.[51] The Health Promotion Survey reported the rate of cannabis use had dropped to six percent in 1985.[28] These results suggest a levelling off, then a decline in use, but they must be interpreted with care since survey methods are not consistent.

However, they are consistent with self-reported changes in use. According to the Health Promotion Survey, approximately half of all drug users reported reducing their use of drugs in the past 12 months; more than half of the cannabis users, especially men, had done so.[28]

In the period from 1977 to 1987, repeated surveys of Ontario adults were conducted, showing little change, but some hint of a decline in use by men and women in the most recent survey.[45]

The Ontario series of surveys provides some support for the view that cannabis use is abandoned by many users as they age. As has been indicated, these surveys have typically found that cannabis use is much more prevalent among those under 30. The low prevalence among people over 30 suggests that cannabis use is abandoned by many users at this age. However, a recent decrease in cannabis use among younger adults, coupled with a proportional increase in use by those age 30 and older, suggests a "cohort effect."[45] As the former higher-use age cohort matures, some cease use while others continue. Those in the youngest cohort, however, are not taking up use at the formerly high levels of the older cohort (see Figure 8).

Lifetime cocaine use increased between 1984 (3.3%) and 1987 (6.1%) for the total Ontario sample. This appears to be largely due to an increase in experimental use, as those who used cocaine in the past 12 months remained unchanged[11] (see Table 1). The rate of cocaine use by men did not change significantly between 1984 and 1987, although use by Ontario women increased significantly during this period.[45]

### *5.2 International Comparisons*

World Health Organization statistics provide some comparative information on drug abuse in a number of countries. However, due to the great variation in the quality and availability of data, WHO cautions that these figures should not be taken as authoritative estimates of the extent of world drug abuse, but rather as a preliminary examination of available information.[32]

**Table 1.**
**Frequency of reported use of cocaine among adult lifetime users, Ontario, 1984 and 1987.**

| Frequency of reported use | 1984 % | 1987 % |
|---|---|---|
| Never in past 12 months | 46.1 | 68.6 |
| Less than once a month | 41.0 | 26.2 |
| Once a month | 6.2 | 1.4 |
| 2 to 3 times a month | 6.8 | 0 |
| Once a week | 0 | 1.4 |
| 2 to 5 times a week | 0 | 2.2 |
| Daily | 0 | 0 |

*Source:* Addiction Research Foundation

Canada falls into the moderate category for heroin abuse (estimated 0.5 abusers per 1,000 population), along with several European countries such as Sweden and West Germany. Southeast Asian countries also report a moderate abuse problem.

Cocaine abuse was reported as most prevalent in the Americas during the 1975 to 1980 period. Countries such as Peru have large numbers of cocoa leaf chewers, while in the United States and Canada cocaine is most widely abused. In the Americas, only Brazil and Canada fell into the moderate range for proportion of abusers.[16]

Cannabis abuse statistics were highly variable, e.g. report patterns, definitions of abuse, etc. and therefore are the least reliable. However, cannabis was apparently the most widely used illicit drug in the world. Twenty-five countries fell into the high-use category with Senegal at the highest; the United States had an estimated 103 abusers per 1,000 population. Canada was also in the extensive abuse category.

Worldwide abuse of hallucinogens was small. Of the countries providing data to the United Nations, only the United States and the Cayman Islands reported extensive abuse, and only three countries – Canada, Australia, Switzerland – reported moderate abuse.[32]

Most of the world's abusers of amphetamines appear to be in the United States and Japan. Data on amphetamine use, however, are problematic in much the same way as the cannabis data; some countries have no means of reporting abuse, others use different definitions of abuse and means of calculating abuse prevalence.

Reliable global data on barbiturate and tranquillizer abuse are very scarce. Statistics based on arrest data show only a small sample of the total population of those who may abuse these drugs. Based on data available, the highest levels of abuse was reported in North and South America. It should be noted, however, that only the United States, Canada, and Mexico provided data from household or prescription use surveys. Similar surveys in other countries may reveal comparable levels of abuse.

**Table 2.**
**Comparative drug abuse, by country, 1975 to 1980.**

| COUNTRY | Heroin | Cocaine | Cannabis | Hallucinogens | Amphetamines | Barb./ Tranq. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Canada** | **2** | **2** | **1** | **2** | **1** | **1** |
| **U.S.A.** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** |
| Brazil | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| **Argentina** | **4** | **1** | **2** | **3** | **3** | **2** |
| Mexico | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| **Sweden** | **2** | **3** | **1** | **4** | **2** | **3** |
| France | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| **Great Britain** | **3** | **3** | **2** | **3** | **3** | **3** |
| Australia | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| **Italy** | **1** | **3** | **1** | **3** | **3** | **3** |
| Japan | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 |

**Key: abusers per population**
**1** = extensive abuse (>1:1,000); **2** = moderate abuse (<1:1,000 - 1:10,000);
**3** = minimal abuse (<:1:10,000 or verbal estimate); **4** = no abuse or no report

*Source:* World Health Statistics Quarterly. 1983

### 5.3 Age and Sex of Adult Users

Despite differences in methods and populations surveyed, all surveys reviewed found an inverse relationship between age and both marijuana and cocaine use. As age increases, prevalence of use decreases.[28,29,45] There is some evidence in the Ontario series, however, that a "cohort effect" may exist which results in a proportional increase as the 1938 to 1957 birth cohort ages.[45]

Canada's Health Promotion Survey found that cannabis use was most prevalent in the 20 to 24 year old age group (14%).[28] Reported use was also high in the 25 to 34 year old age group (9%). Similarly, the Ontario survey data showed cannabis and cocaine use was most prevalent in young adults age 18 to 29. Figure 9 shows cannabis use among Ontario adults by age group.[45]

While methods in various surveys have differed, as have the reported percentages of use, survey data generally show higher rates of illicit drug use by men than by women. Canada's Health Promotion Survey,[28] for example, indicated that men were more likely to report use of cannabis, cocaine and stimulants than were women. Approximately twice as many men reported cannabis use in the prior year (seven percent) as did women (four percent). The greater use of cannabis by men was consistent across all age groupings. Percentages for cocaine were much lower, with less than one percent of both men and women reporting any use of cocaine.[28]

Ontario survey data in 1987 also indicated that males were significantly more likely to report both cannabis and cocaine use.[45] Higher rates for men than for women were also reported by the Canadian Forces survey.[29]

### 5.4 Social Characteristics of Adult Users

The Health Promotion Survey and the Ontario surveys have demonstrated somewhat different results with regard to socio-economic factors affecting illicit drug use. Neither study showed a clear relationship between illicit drug use and income level.[28,45] No relationship was found between income and cannabis or cocaine use. Low income did not appear to be a barrier to cocaine use.[45]

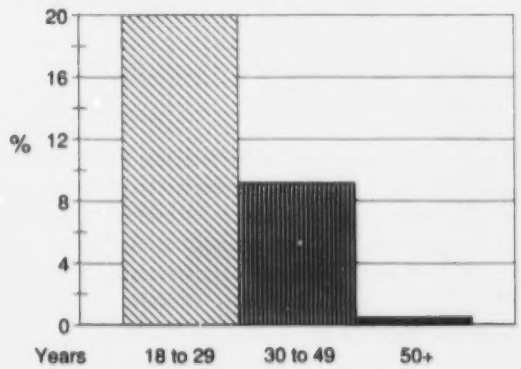
In the Ontario survey, a relationship was shown between education and illicit drug use: respondents with the least education were least likely to report cannabis or cocaine use.[45] The Health Promotion Survey found Canadians with some post-secondary education to be most likely to report cannabis use – 10 percent in the past 12 months, compared to 5 percent for those with high school or less education, and 6 percent for those with a university degree. But because these rates are not age-standardized, it may be that education level by itself does not explain these patterns.

Both the Health Promotion Survey and the Ontario survey showed higher rates of cannabis use among blue collar workers, as can be seen in Figure 10.

The Health Promotion Survey indicated that rates of use of both cannabis (14%) and cocaine (2%) in 1985 were highest among single persons. Higher rates of cannabis use were also reported by those looking for work (12%), and among Anglophones (7%) compared to Francophones (3%).

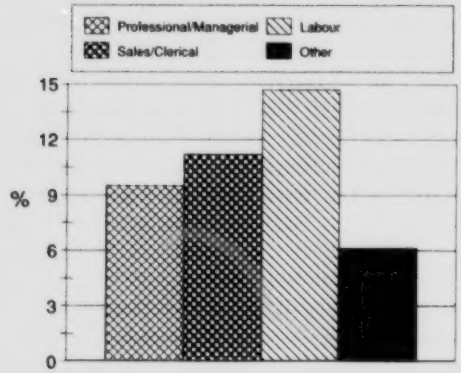
Canadian Forces data also found those with secondary education and those who are single more likely to use cannabis. However, in the Canadian forces survey, Francophones were slightly more likely to report cannabis use.[29]

**Figure 9.**
**Cannabis use during prior year by adults age 18 and older, by age, Ontario, 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

**Figure 10.**
**Cannabis use during prior year by adults, age 18 and older, by occupation, Ontario, 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

Although surveys did not focus on psychological factors, the Health Promotion Survey reported that users of cocaine, cannabis and stimulants were more likely than the population as a whole to find life "very" or "fairly" stressful.[28] The Canadian Forces survey found that the rate of socially disruptive behaviour was higher for drug users than for non-users: two percent of those surveyed reported being "high" on the job as a result of drug use during the past 12 months.[29]

As noted in Part One, there exists some interest in the use of drugs among physicians, and this extends to illicit substances. Available data indicate that if such use is a problem, it is a very restricted one.

The Quebec Board of Physicians collected data for the period 1974 to 1978 showing the prevalence of opiates among Quebec physicians to be 2.8 per 1,000. This compares to a prevalence of 4.9 per 1,000 reported for U.S. physicians.[33]

In a study of Ontario medical residents and interns, use of illicit drugs was not found to differ from the general population when matched for age.[33] However, use of marijuana and cocaine by female interns and residents was higher than females in the general population. Use patterns for female physicians were closer to those of their male colleagues.

Physicians addicted to opiates were found most often to be male, general practitioners, and married. They were more likely to suffer from stresses such as pain, overwork, financial and marital difficulties.[33] Initiation of use typically was at age 35, and problems related to addiction became evident approximately three years later.

Data collected by the Addiction Research Foundation on abusive use of drugs by physicians in Ontario support these findings.[33] Those most likely to abuse drugs were white males, in their mid-40s, in family practice in a small town. Isolation and the pressure and emotional strain of a medical practice appeared to be factors contributing to drug abuse.

### *5.5 Adult Attitudes toward Drug Use*

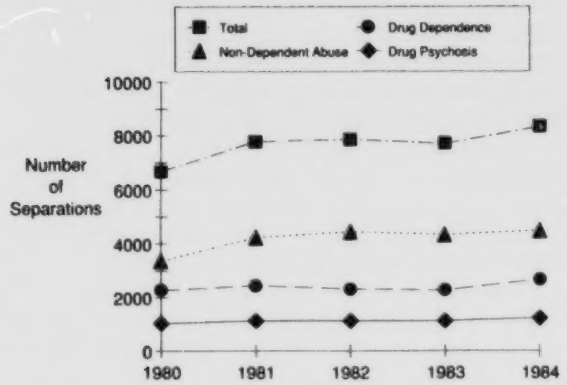
According to the Health Promotion Survey, two-thirds of Canadians believed in 1985 that occasional marijuana use could affect a person's physical or mental health.[28] Cannabis users were less likely to agree with negative effects of occasional use but no more likely to agree it had beneficial effects. The specific effect most frequently anticipated was memory loss or brain damage (by 30% of non-users and 16% of users). Only 2% of users, compared to 14% of non-users, believed that addiction or the use of harder drugs could result from the occasional use of cannabis.

When asked to rate the importance of government action on a number of social issues, Canadian adults ranked drug use second only to the prevention of road accidents. Three-quarters of the population surveyed by the Health Promotion Survey voiced the opinion that government action on drug use was "very important"; this compares to 70% for alcohol problems and 54% for smoking.

### *5.6 Morbidity Related to Drug Use*

There is very little research aimed at quantifying the health effects of illicit drug use. While in-patient hospital records show alcohol abuse and other drug abuse diagnoses, these records are seriously limited. It is probable that only a proportion of those with drug-related illnesses admitted to hospital receive a primary diagnosis of drug abuse.

**Figure 11.**
**Drug-related mental, psychiatric and general hospital separations, 1979-1980 through 1983-1984.**




*Source:* Addiction Research Foundation

Keeping this serious limitation in mind, hospital separations for which the primary diagnosis was drug abuse give some indication of the extent of drug-related morbidity. As these separations are for primary diagnosis of drug abuse only, they are a conservative estimate of the extent of morbidity which is attributable to drug abuse.

The number of separations from mental, psychiatric and general hospitals as a consequence of drug abuse for the years 1979-80 to 1983-84 is presented in Figure 11. It should be noted that these separations are not limited to abuse problems due to illicit drugs only, but may also include abuse of prescription drugs (although they exclude alcohol-related separations). The data do not represent the number of patients, but rather the number of separations from hospital for each reporting year.[34] One patient may account for several separations.

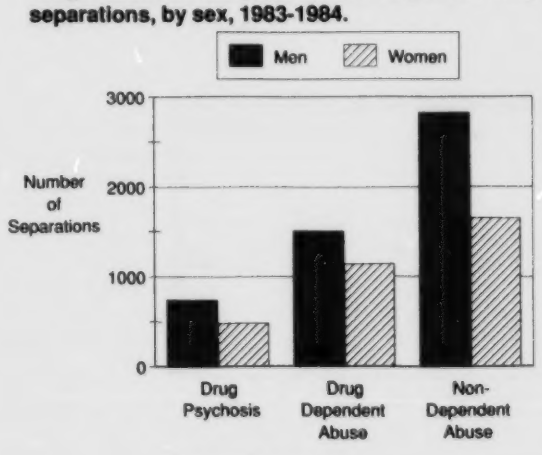
There was a gradual increase between 1979-80 and 1983-84 in the total number of drug-abuse-related hospital separations. For diagnoses of drug psychosis and drug dependence, an increase of 17% over this five-year period was evidenced. These two categories represent the most serious drug abuse cases and may involve multiple-drug abuse. The largest increase over this time period (33%) was separations for non-dependent abuse of drugs. Thus, those who were not dependent on drugs, but who used drugs in ways detrimental to their health, were the largest category throughout the period and accounted for the greatest increase in hospital separations.[34]

The actual number of drug-related separations is relatively small, by some standards. In 1983-84, the total number of drug-related hospital separations in Canada for all drugs was 8,332. By comparison, in New York City alone, the number of treatment admissions for cocaine as a primary drug of abuse in 1984 was 3,159, an increase of 63% from the previous year, and admissions for heroin treatment in one detoxification unit were 10,583 for the first nine months of 1984.[35]

Figures 12 and 13 present hospital separations by sex and age distribution. There were more hospital separations for men than women with each category of drug abuse diagnosis. Those in the 25 to 34 age group had the highest number of total drug abuse separations, and the most separations as a result of drug dependence. For youth up to age 19, the majority of separations involved non-dependent abuse. However, those age 45 to 64 accounted for the largest number of separations related to non-dependent abuse.

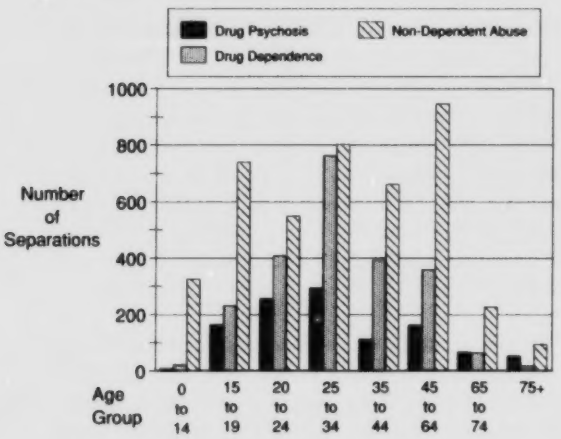
Data from the Ontario Addiction Research Foundation show a sharp increase in the proportion of cocaine-related admissions – from one percent in 1979

**Figure 12.**
**Drug-related mental, psychiatric and general hospital separations, by sex, 1983-1984.**




*Source:* Statistics Canada

**Figure 13.**
**Drug-related mental, psychiatric and general hospital separations, by age, 1982-1983.**




*Source:* Statistics Canada

to ten percent in 1984, as the primary presenting problem. There is evidence that more cocaine users may be seeking treatment, particularly intravenous users.[23]

### *5.7 Convictions for Drug Offences*

Information on convictions for illicit drug activity provides an indication of the extent of enforcement activity resulting from illicit drug involvement in Canada. The number of convictions and sentences received are good measures of society's response to illicit drug use, but only indirect indicators of the actual extent of use.

In 1985, according to Health and Welfare Canada's Bureau of Dangerous Drugs statistics, 22,510 convictions were handed down for cannabis possession and/or trafficking, 2,218 for cocaine, 256 for heroin and 1,557 for hallucinogens.[36]

Between 1980 and 1985, convictions for cannabis possession and/or trafficking decreased substantially. The majority of convictions involved simple possession for which the penalty was most often a fine. Cocaine convictions increased in the same period with approximately two-thirds of convictions for simple possession, the majority of which received a fine. Convictions for hallucinogens decreased, with fines being the most common penalty for simple possession, and one-year imprisonment or less the most common sentence for trafficking. Convictions for simple possession of heroin stayed stable with the most frequent sentence being imprisonment. Convictions for heroin trafficking decreased somewhat; imprisonment of one year or more was the most frequent sentence.[36]

The National Drug Intelligence Estimate 1986-87, indicating the number of persons charged by the RCMP for drug-related offences only, showed similar trends. A decrease in all charges related to cannabis was evidenced between 1982 and 1986 (16,288 and 10,607 respectively), while an increase was noted in charges for cocaine-related offences (817 and 1,396 respectively).[37]

## 6 Illicit Drug Use by Canadian Youth

The largest body of information available on illicit drug use relates to adolescents and young adults. As initiation to illicit drug use typically begins in this age group, patterns of use and characteristics of users and attitudes, beliefs and behaviours in regard to illicit drug use merit examination.

The use of marijuana and other illicit drugs, along with alcohol and tobacco use, has been monitored by Gallup for Health and Welfare Canada, and some provinces have also been active in surveying these behaviours among young people.

### *6.1 Prevalence*

Unlike the use of beverage alcohol, a minority of Canadian youth report the use of illicit drugs. The illicit drug most frequently used by young people is cannabis, in the form of either marijuana or hashish, as can be seen in Figure 14.[12]

A Gallup Poll in 1986 revealed that 44% of Canadians age 12 to 29 had used cannabis at some time in their lives ("lifetime use"). Eleven percent of these respondents indicated they had used cannabis in the month prior to the survey.[38]

Some regional differences exist in the prevalence of cannabis use by young people across Canada. The Gallup Poll reported British Columbians with the highest reported use: 57% for lifetime use, while 17% used cannabis in the last month. The lowest usage levels were reported in Quebec and the Atlantic provinces (9% and 11% in the previous month). Ontario (11%) and the Prairie provinces (13%) were close to the national average for use in the previous month.[38] These findings are similar to those of other surveys, although differing methods sometimes make exact comparisons between studies difficult.

Some provincial alcohol and drug commissions have monitored patterns of drug abuse among youth. Surveys of students at various age and grade levels provide information on the types of drugs used and the frequency and patterns of use. Although general trends in illicit drug use are similar from province to province, some differences do emerge. Variations in method and sample selection may be responsible for some of the differences observed.

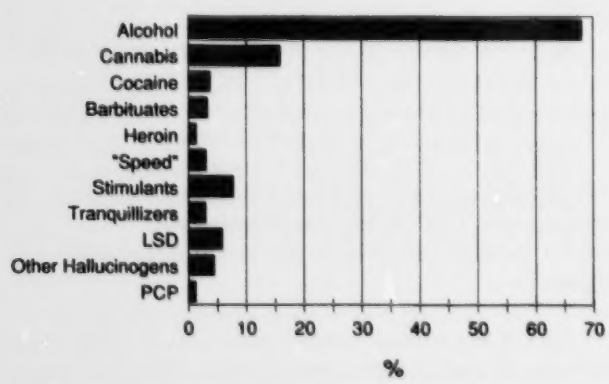
Surveys of high school students were conducted in New Brunswick[39] in 1986 and Ontario[40] in 1987. A telephone survey of young people was conducted in Saskatchewan in 1986.[41] Results of these surveys are shown in Table 3.

An Alberta survey conducted in 1985 of youth between 12 and 17 found that 15% reported smoking marijuana in the previous six months, with the majority being infrequent users.[42]

The majority of illicit drug users appear to be experimental users. Ten percent of Ontario students reported use in the month prior to the survey, and of these approximately 60% reported use only one or two times.[12] Thus, only 4% of Ontario students reported using cannabis more than twice in the month prior to the survey. In New Brunswick, 15% of the students surveyed reported use three or more times in the year prior to the survey.[39]

Although cannabis is the illicit drug most frequently used by young people, surveys reveal use of other illicit drugs. As described above, the Health Promotion Survey reported that the use of stimulants and cocaine was most prevalent among males in the

**Figure 14.**
**Non-medical drug use during prior year by Ontario students, 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

**Table 3.**
**Cannabis use at least once during prior year reported in provincial surveys.**

| | % |
|---|---|
| Ontario, 1987 grades 7 to 13 | 16 |
| New Brunswick, 1986 grades 7 to 12 | 23 |
| Saskatchewan, 1986 age 12 to 18 | 14 |

*Sources:* Addiction Research Foundation, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, Alcohol and Drug Dependency Commission of New Brunswick

15 to 24 age group, and students. Three percent of Canadians age 15 to 24 reported using stimulants in the past 12 months.[28] Although the Health Promotion Survey made no distinction between medical and non-medical use, students' rate of use was twice the national average. As legitimate medical use of stimulants is mainly limited to treatment of conditions such as obesity, narcolepsy and attention span disorders, much of the reported use is likely for non-medical purposes.

Cocaine use in the previous 12 months was reported in the same survey by one percent of the population age 15 and over. Use of other illicit drugs was not determined.

In Saskatchewan, a telephone survey of teens (12 to 18 years) and young adults (19 to 24 years) was conducted in 1986. In the previous year, five percent of teens reported having used stimulants and two percent used cocaine. Less than two percent of the sample reported using tranquillizers, barbiturates, PCP, glue/solvents or heroin.[41] Use for those in the 19 to 24 age group was slightly higher.

An Alberta survey conducted in 1985 of youth between 12 and 17 found that less than five percent reported using hallucinogens, amphetamines, barbiturates or cocaine in the six months prior to the survey.[42]

Among Ontario students, eight percent reported non-medical stimulant use in the year prior to the 1987 survey, six percent reported LSD use, and less than five percent reported use of any other illicit drug (see Figure 14). It should be noted that in this, as in other surveys, the same individuals may have reported the use of more than one drug.[12]

Limited information is available on multiple drug use by young people, although the Health Promotion Survey revealed that five percent of Canadians age 15 to 24 had used two or more drugs in the previous year, compared to 13% who had used only one drug from a selected list. Generally, young users of illicit drugs are also those most likely to use tobacco and alcohol. The 1985 Gallup Poll showed that marijuana users were much more likely to smoke cigarettes daily (66% vs. 32% for non-users) and were more likely to drink alcohol on a monthly basis (98% vs. 64% for non-users).[38]

A 1984-85 Canada-wide school survey of grade 7 and 10 students found that those who drank alcohol were more likely to use marijuana and cigarettes. Also, the higher the frequency of use and the greater the amount of alcohol used at one time, the greater the use of marijuana and tobacco.[43]

An Ontario student survey found that students who used tobacco were more likely to try marijuana.[44] Those who used other illicit drugs, including LSD, cocaine, heroin and non-prescription stimulants, were more likely to have tried cannabis and more likely to be current users of it.

An earlier Ontario student survey of cocaine use indicated that users were more likely than cannabis users to use other drugs and were far more likely to report an alcohol or drug problem.[31]

An analysis of patterns of student drug use over the past decade indicates a significant increase in the proportion of drug users using two or more illicit substances. However, the percentage of drug users who used cannabis exclusively increased significantly as well. Currently, practically all users of illicit drugs, other than cannabis users, are "poly-drug" users.[45]

It appears that use of cannabis is not necessarily a path to use of other illicit substances, and is more strongly related to use of other socially accepted drugs like tobacco and alcohol. Thus, although most poly-drug users have used cannabis, the converse is not also true, i.e. that cannabis users necessarily become poly-drug users. Without better data on the natural history of illicit drug use, it is very difficult to conclude whether any substance, including cannabis, serves as a "gateway" drug.

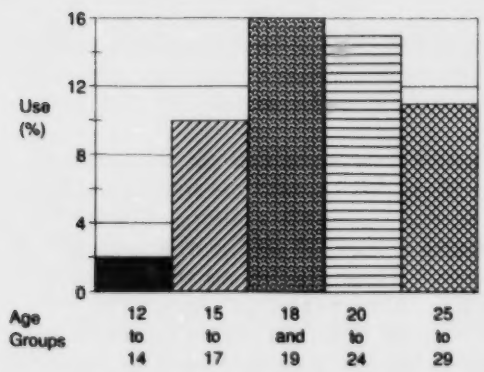
### *6.2 Age and Sex of Young Users*

Illicit drug use has been shown to be most prevalent among young Canadians. The Health Promotion Survey indicated that the prevalence of cannabis and cocaine use in 1985 was highest among the youngest age group surveyed, 15 to 24 years old. Twelve percent of those 15 to 24 reported having used cannabis in the past 12 months, compared with six percent of all respondents age 15 and older.[28]

Cocaine use in the general population was low (one percent), but double for those in the 15 to 24 age group. The Health Promotion Survey also showed young Canadians were more likely to be using two or more drugs than any other group below age 55.

The findings of the Health Promotion Survey are similar to those of youth surveys. Student and youth surveys which examined patterns of use by young people found, for the most part, that involvement with illicit drugs increases with grade level. However, drug use tends to level off toward the end of the teen years, indicating the end of an experimental phase.

**Figure 15.**
**Cannabis use during prior month reported by young people, by age, Canada, 1986.**




*Source:* Health and Welfare Canada

For example, Gallup Poll data for 1986 showed that marijuana use rises steadily from the youngest age group, 12 to 14 years, to peak at age 18 through 24 (see Figure 15). The average age for first trying marijuana was 16, and the average age for beginning to use marijuana regularly was also 16 years.[38]

A nation-wide school survey in 1984-85 found a higher percentage of grade 10 students than those in grade 7 used marijuana, and these students also tended to be heavier users of the drug .[43]

The 1986 New Brunswick student survey found that cannabis use reported in the previous 12 months increased substantially between junior and senior students (14% to 31%), and the difference between male and female cannabis use grew wider as grade level increased.[39] Likewise, Saskatchewan youth survey data showed only 2% of 12-year-olds had used marijuana compared to 31% of 18-year-olds.[41] An Ottawa-Carleton student survey in 1985 found that recreational drug use varied by age but not by sex or social group, with older students reporting more use.[46]

In Ontario, the "any cannabis use in the prior year" category increased from 3% of those aged 13 and under to 32% of those 18 and older, according to the 1987 school survey.[12]

In contrast to this pattern for cannabis are abusers of volatile substances. Glue and solvent abuse tended to decrease with grade level attained in New Brunswick.[39] Among Ontario students, glue and solvent use was highest among grade 7 to 9 students and declined thereafter. A Nova Scotia student survey found inhalant use peaked in grade 8 and declined in senior high school.[47] An Ontario household survey found age correlated to substance use with increasing use for all drugs among older respondents, with the exception of inhalants which younger children were more likely to use.[48]

A slightly different pattern of drug use was identified in an Ontario student survey. Drug use began to increase with grade level, but then showed a noticeable decrease in the higher grades. The use of

tobacco, cannabis, non-medical barbiturates, stimulants, tranquillizers, LSD and other hallucinogens showed a steady increase for each grade level except for grades 11 and 13; a similar pattern was shown for the use of speed, which increased to grade 11 and declined among grade 13 students.[12] Decreases in higher grades may be attributed to the high probability of drug users dropping out of school.

There is also some evidence that initiation into the use of different illicit drugs may be age-related. An earlier Ontario student survey of cocaine use reported that students who used cocaine were generally older than those who used cannabis. A survey of the same population found that cocaine use peaked at ages 16 to 18, with lower rates of use below age 16.[31]

As with adults and other substances, young men are more likely to use illicit drugs than are young women. For example, the 1986 Gallup Poll data on young Canadians indicated higher rates of cannabis use among males than females. While 9% of young women age 12 through 29 reported cannabis use in the month prior to the survey, 14% of young men reported such use.[38]

The 1986 New Brunswick student survey showed males were more likely to report use of all drugs (except tobacco) than females. Males consistently reported more cannabis use than females and also used solvents more frequently.[39] Young men reported using a wider variety of drugs than females.

The survey of Ontario students indicated that males are significantly more likely to report use of glue, cannabis, non-medical barbiturates, speed, LSD, other hallucinogens, PCP and cocaine. Females did not report higher rates of drug use for any substance.[12]

An Ontario student survey examining cocaine use found that users were mostly males and had worse academic performance than non-users.[31] Surveys of teenagers in Alberta also indicated that males reported marijuana use more than did females.[42] An Ontario household survey was the only study which reported a trend toward greater use among females in the 14 to 16 age group, the most noticeable being higher cannabis use.[48]

A study of a native reserve population and a Nova Scotia student survey found no significant differences between the percentages of males and females who abused solvents.[47] However, other studies reviewed report that solvent sniffing may be up to 10 times more common among males.[49]

### *6.3 Native Youth*

Surveys of drug use among young native Canadians show a much more serious pattern of use and abuse than that found in Canada generally. A survey of native adolescents in Saskatchewan, for example, indicated that 57% of students used drugs in the past year, with 19% reporting regular drug use (at least once per week). Drugs of abuse were categorized as solvents, non-beverage alcohol, street drugs, and over-the-counter and prescription drugs.[30]

Approximately half of the Saskatchewan native youth surveyed reported drug use, with street drugs accounting for most of the reported abuse. Solvent abuse was high, with 10% of the entire sample reporting use. Although the majority of students surveyed were in the 15 to 19 age group, 15% reported having used drugs for three years or more.[30]

Similar findings were reported in a survey of Ontario native students. Eighteen percent of children in grades 3 to 8 reported having tried marijuana, and 43% of those in grades 7 to 13 reported use.[50] It should be noted that educational levels are generally lower among native peoples, thus students may be older than non-natives at the same grade level. A survey of youth in school may also exclude a number of adolescents who are in the same age category, but not attending school, thus underestimating the extent of the native youth involvement with drugs; this bias may be particularly acute for studies of native youth.

Among native reserve populations, solvent abuse is a major problem. Widespread gas sniffing has been reported on several Indian reservations. Children between the ages of 5 and 15 are the most frequent solvent abusers.[49] Those populations without access to other drugs have the highest risk for solvent inhalation.[27] A study of an Indian reserve population in Southwestern Ontario reported 10% of the total population was seen at a nursing station for

suspected gasoline sniffing in a four-year period; 77% of cases were in the 5 to 15 year age range.[49]

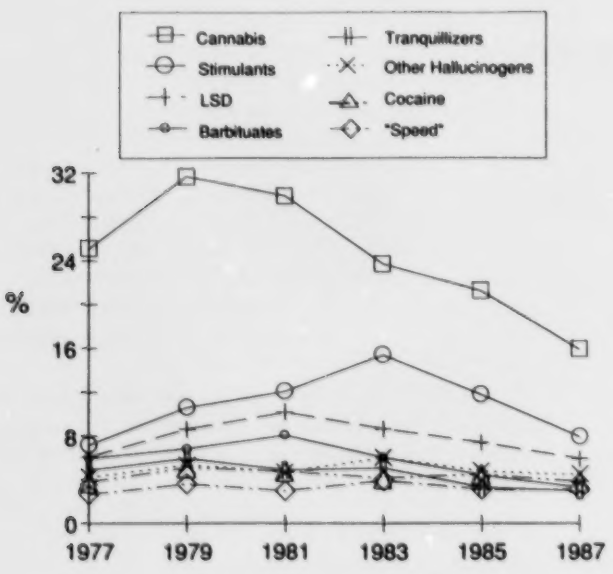
In summary, prevalence, frequency and duration of drug use among native youth appear to be considerably higher than among Canadian youth in general.

### *6.4 Trends in Use*

Data from Canadian cross-sectional and longitudinal studies provide indications of the trends in illicit drug use for Canadian youth.

The Canadian Gallup Poll indicated in 1986 that the proportion of young Canadians who had used marijuana in the past month had dropped marginally to 11% from 14% in the previous year.[38] A statistically significant reduction in the frequency of marijuana use (except for daily use) was indicated between 1981 and 1985.[51,52]

**Figure 16.**
**Illicit drug use during prior year by students, Ontario, 1977 to 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

The results of repeated school surveys in Vancouver, Ontario and Halifax are generally consistent with national survey findings on marijuana use among youth. All showed substantial decreases in use from the mid-1970s to the early 1980s.[53]

Six cross-sectional surveys of Ontario high school students were conducted between 1977 and 1987.[12,54,55] As can be seen in Figure 16, there has been a noticeable reduction in occasional cannabis use, such that the most recent figures are at half those for the peak year of 1979. Among "current users" of cannabis in 1987, the majority (62%) reported using it only once or twice.[12]

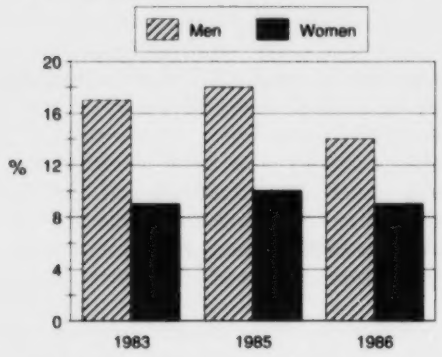
The Ontario student survey shows a similar pattern of reduced use for other illicit drugs (see Figure 16). Although other illicit drugs are far less likely to be used than cannabis, these too have seen a trend toward reduced use. Most drugs experienced their peak use in 1979 or 1981; only stimulant use peaked as late as 1983.

The non-medical use of stimulants among Ontario students showed a significant increase up until 1983.[54] Between 1983-1985 and 1985-1987, however, 12-month stimulant use showed a significant downward trend to a low of eight percent. There were no significant changes in the reported use of speed (methamphetamine), and cocaine use has remained stable since 1977. Non-medical tranquillizer and barbiturate use have also shown declines in the period 1983 to 1987. The total number of drugs used by students declined between 1985 and 1987.[12]

In a Vancouver survey, the percentage of students who had reported ever using hallucinogens, non-prescription depressants and stimulants declined during the period between the early 1970s to 1983. Use of cocaine increased somewhat and use of inhalants increased substantially during this same period. Use of heroin remained stable (only two percent reporting having ever used it).

A 1983 Halifax study based on self-reported use in the past six months showed an increase in the use of amphetamines and some increase in use of hallucinogens for girls only. Inhalants, barbiturates and opiates remained stable.[53] However, data on Halifax are not available for years since 1983.

**Figure 17.**
**Cannabis use during prior month, by sex, age 12 to 29, Canada, 1983, 1985 and 1986.**




*Source:* Health and Welfare Canada

A comparison of college (CEGEP) students' alcohol and drug use for the years 1978 and 1984 was conducted in Montreal. As with other student surveys, there was an overall decline in drug use observed. Use of amphetamines stayed stable and use of hallucinogens dropped. There was, however, an increase in the percentage of older students using cannabis and cocaine.[56]

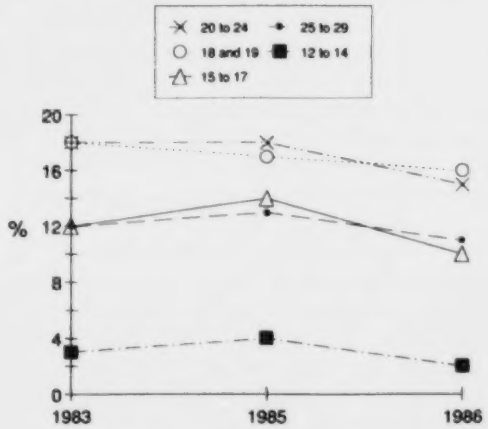
Household surveys of Alberta youth were conducted in 1981, 1983 and 1985. In 1983 and 1985, 15% of respondents reported marijuana use in the previous six months. This represents a significant decrease in marijuana use from 1981, when use was reported at 25%. Other drugs, including hallucinogens, amphetamines, cocaine, barbiturates and heroin were used by five percent or fewer of the respondents. There were no significant changes noted from 1981 to 1983, but there was evidence of a slight decline in use between 1981 and 1985.[42,57]

An examination of national and provincial trends in drug use indicates an overall decrease of youth's involvement with illicit drugs, in particular marijuana. There is no single factor which can be identified as responsible for this decline. As availability and cost of cannabis have not changed significantly during the past decade, it is more likely that changes in attitudes among youth toward drug taking have influenced reduced consumption patterns. Changes in willingness to report drug use may also play a small part in some of these findings of apparent trends.

The greater proportion of boys using illicit drugs has been consistent over time. In the years 1977 through 1987,[12] cannabis use by Ontario boys continued to be higher than that of girls, despite a consistent and dramatic overall reduction in use since 1979. National data from the Gallup Poll for the period 1983 through 1986 also show use by young men age 12 through 29 to be consistently higher than that of young women (see Figure 17),[38] but both sexes have reduced their use, although apparently less so than in Ontario alone.

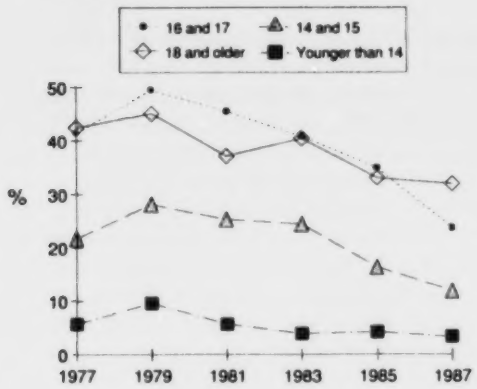
College-age youth have consistently been those most likely to use cannabis, but declines are noted for all age groups. National data for the period 1983 through 1986 show use in each year to be highest for those in the age groups 18 through 24 years (see Figure 18). Ontario student data show consistently higher rates of use among adolescents age 16 and over during this period, but, as in the national data, there are noticeable declines for all groups (see Figure 19).[12,38]

**Figure 18.**
**Cannabis use during prior month by youth, age 12 to 29, Canada, 1983, 1985 and 1986.**




*Source:* Health and Welfare Canada

**Figure 19.**
**Cannabis use during prior year by Ontario students, 1977 to 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

## 6.5 Cessation and Abstinence by Young People

Spontaneous cessation appears to occur most often with cannabis use, although all drug use, including that of alcohol and heroin, tends to diminish with age. In a review of over 20 studies conducted in Canada and the United States from 1972 to 1983 on cessation of cannabis use, it was found that cannabis cessation was more common among older groups. Rates of cessation of use were in the range of 20% to 25% for high school students, 35% for college-age populations and 55% for adults.[44]

In the 1986 New Brunswick survey, young people reported reasons for stopping cannabis use as: 'just experimenting', 'just not interested in the drug any more' and 'concern about harmful health effects'.[42] Similarly, the 1986 Gallup Poll reported the most frequent reasons for cessation of marijuana use as: 'a lack of interest', 'enjoying other things more' and 'concern about harmful effects'.[38]

Not all users are equally likely to stop drug use. Cessation of cannabis use was found in Ontario in 1986 to be much less common among those using cannabis with other illicit drugs, and among the heaviest cannabis users.[44]

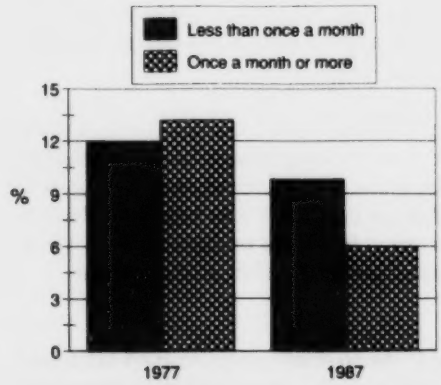
In addition to cessation, there is evidence that frequency of use has diminished in recent years. As can be seen in Figure 20, Ontario students using cannabis reported less frequent use than the same age groups a decade earlier; similar findings are reported for cocaine use.[42]

Most youth who try illicit drugs have been termed "experimental" users; that is, use is infrequent and for a brief time during the adolescent life of the user. An Ontario student survey reported that the majority of those who tried cannabis (63%) did not continue using it. This implies that, for cannabis at least, initial drug experimentation is not necessarily a one-way street.[44]

Curiosity appears to be a major motivator in experimental illicit drug use. The New Brunswick survey reported the primary reason for using cannabis was "to see what it was like."[39] The 1986 Gallup Poll reported that the most frequently mentioned reason for using cannabis was also "to see what it was like."[38]

In the past decade, the proportion of young people not using illicit drugs has increased. While it is not possible to identify with certainty the reasons for this downward trend in drug use, it is consistent with other trends toward healthier lifestyles. The 1986 Gallup Poll found that among those who never tried marijuana, the most common reasons for not trying were lack of interest and concern about harmful health effects.[38]

**Figure 20.**
**Frequency of cannabis use by Ontario students, 1977 and 1987.**




*Source:* Addiction Research Foundation

### 6.6 Drug Use and Driving

There is little information available on driving and illicit drug use by Canadian youth. Far less research has been done on cannabis use and driving than on alcohol use. Little epidemiological data exist on the extent of the problem.[53]

A New Brunswick school survey found that of those students who had driven a motor vehicle, 17% reported having driven within an hour of using marijuana or hashish; 4% had been charged with a driving offence after using cannabis and 4% had been involved in accidents after using cannabis.[39]

Although a decreasing proportion of young people report cannabis use, use among youth in their late teens and early 20s still shows the highest prevalence. It can be assumed that cannabis use and driving is problematic for this age group, much the same as for alcohol use. The finding that young cannabis users are more likely to use alcohol as well increases the likelihood of impairment from a combination of drugs.

### 6.7 Youthful Attitudes toward Illicit Drugs

Several Canadian surveys have examined the relationships between attitudes, behaviours and illicit drug use. Although a relationship may be found between certain attitudes and behaviours and illicit drug use, this does not imply causality. For example, a relationship may be found between negative attitudes toward school and marijuana use. These survey data do not explain whether marijuana smoking influenced attitude toward school or if negative attitudes toward school predisposed some youth to marijuana use.

A survey of Ottawa-Carleton adolescents showed that, while the number reporting tobacco, alcohol and recreational drug use was relatively high, the number who perceived these behaviours as health problems was low. This study found no relationship between social group membership, health attitudes and behaviours.[46]

Surveys of Ontario students examined attitudes regarding cannabis use by peers and changes in the cannabis laws. Positive attitudes toward peer group drug use were found to be related very strongly to the maintenance of cannabis use.[44]

The Gallup Poll posed questions related to the perceived effects of using marijuana. The negative physical effects most frequently mentioned by youth were: lung damage, addiction and decreased fertility. Behavioural effects mentioned included: unsafe driving, being lost in your thoughts, acting silly, difficulty concentrating and losing track of time. Positive effects included: tension reduction, sociability and a sense of daring. The 1985 and 1986 surveys showed continued rejection of the use of marijuana among youth, e.g. seven out of ten respondents would try to influence a friend to stop smoking marijuana.[38]

A study of health attitudes and behaviours among grade 7 and 10 students showed that grade 7 students were more likely to believe in the legalization of marijuana, yet less than one-fifth of both grades agreed that there was no harm in occasional marijuana use.[43] These findings are similar to those in the Health Promotion Survey, which found that 68% of those in the 15 to 24 age group believed that marijuana may affect one's physical or mental health.[28]

In the study of grade 7 and 10 students, cannabis users had more positive attitudes toward substance use and association with users. Those who used marijuana, alcohol and tobacco were more likely than non-users to: spend more time listening to music and less time doing homework; have negative attitudes toward parents and home life; have lower self-esteem and poorer mental health; and have a negative attitude toward school. No relationship was found between level of physical activity and cannabis use.[43]

Approximately 75% of Winnipeg youth noted that marijuana use was dangerous to unborn babies, resulted in decreased reaction time, and was dangerous if operating a car or bicycle.[43] However, when asked if problems had occurred as a result of their marijuana smoking, e.g. tension with family, trouble at school, problems or trouble with health, driving, and the law, 85% noted no such problems.

A Nova Scotia student survey examined the relationship between perceived stress and use of inhalants. Results indicated that male abstainers demonstrated significantly lower mean stress scores

than both experimental inhalant users and regular users. Female abstainers showed significantly lower stress scores than regular users, but no difference from experimental users. For male regular users, areas of stress most frequently cited were money, girls and parents. Female regular users cited appearance, school and parents as most stressful.[47]

# CONCLUSIONS

The true nature and extent of the problem of substance abuse in Canada is difficult to assess for several reasons. First, there are literally thousands of psychotropic and other substances that, if used inappropriately, can have a deleterious effect upon the health and well-being of Canadians. Secondly, substance abuse is exceedingly difficult to quantify since the effects of drugs may vary from individual to individual and within the same individual over time. Drug effects can vary markedly not only in relation to quantity, frequency and circumstances of use, but also in relation to a host of personal, biological, behavioural, pharmacological and other factors. Third, effects are often subtle, cumulative and chronic and may take years, or even generations to fully manifest themselves. Fourth, the use of certain substances under certain circumstances is proscribed by law, and this creates imposing barriers to accurate study. Finally, and perhaps most importantly, research on drug abuse in Canada is still in its infancy. It will take a great many years of study by scientists from a wide array of disciplines and specialties before the true extent of the problem is known.

Still, there is a smaller range of substances which, due to their frequency of use, quantity of use, circumstances of use or consequences of use, are known to have a serious potential for abuse. And, the information compiled in this report confirms that each of these substances will require ongoing attention within the National Drug Strategy. The use of prescription and over-the-counter drugs like sleeping pills, tranquillizers and anti-depressants, barbiturates, amphetamines and analgesics within different populations is suspected of being widespread, and research is needed to further document the extent of use, patterns of use and effects.

By contrast, the use of illicit drugs such as marijuana, cocaine, hallucinogens, heroin and volatile substances appears to be more heavily concentrated among youth and younger adults, and this presents a unique challenge in formulating effective responses.

This report underscores the complexity of the problem of substance abuse in Canada, and the need for comprehensive and co-ordinated responses. It further highlights the need for ongoing research and information to enable Canadians to combat more effectively problems related to drug abuse in their homes, their schools, their workplaces, and their communities.

# REFERENCES


1. Government of Canada. Action on Drug Abuse: Making a Difference. Minister of Supply and Services Canada, 1988.

2. Addiction Research Foundation. Drugs and Drug Abuse: A Reference Text (2nd ed.). Toronto: Addiction Research Foundation, 1987: 640.

3. Cooperstock R. A pill for every nervous ill: psychotropics as world concern. In Edwards G, et al. (eds.). Drug Use and Misuse; 1983, St.-Martin's Press, New York: 208-214.

4. Berner MS. Benzodiazepines: an overview. Ontario Medical Review, April 1982: 233-239.

5. Mann RE, Nicholls BA, Naranjo CA, Mueller CW, Cappell HD. Effects of diazepam on affective properties of memories. Problems of Drug Dependence, 1984. NIDA Research Monograph Series no. 55.

6. Cappell HD, Sellers EM, Busto U. Benzodiazepines as drugs of abuse and dependence. In Cappell HD et al., (eds.), Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol.9, New York: Plenum Press, 1986.

7. Rosser WW. Benzodiazepines: part of lifestyle in the 1980's. Canadian Family Physician 1984; 30: 193-198.

8. Busto U, Sellers EM, Naranjo CA, Cappell HD, Sanchez-Craig M, Simpkins J. Patterns of benzodiazepine abuse and dependence. British Journal of Addictions 1986; 81: 87-94.

9. Busto U, Simpkins J, Sellers EM, Sisson B, Segal R. Objective determination of benzodiazepine use and abuse in alcoholics. British Journal of Addictions 1983; 78: 429-435.

10. Devenyi P, Rideout J, Schneiderman J. Abuse of a commonly prescribed analgesic preparation. Canadian Medical Association Journal 1985; 133: 294-296.

11. King P, Coleman JH. Stimulants and narcotic drugs. Pediatric Clinics of North America 1987; 34: 349-355.

12. Smart RG, Adlaf EM. Alcohol and Other Drug Use among Ontario Adults, 1977-1987. Toronto: Addiction Research Foundation, 1987.

13. Saskatchewan Joint Committee on Drug Utilization. Report No. 3: Utilization of Mood-Modifying Drugs in Saskatchewan: 1977. Regina, 1979.

14. Saskatchewan Joint Committee on Drug Utilization. Report No. 7: Use of benzodiazepines. Regina, 1983.

15. Saskatchewan Joint Committee on Drug Utilization. Report No. 9: Triazolam Use in Saskatchewan. Regina, 1984.

16. Saskatchewan Joint Committee on Drug Utilization. Report No. 8: Use of Mood-Modifying Drugs in Saskatchewan - an Update. Regina, 1984.

17. Power B, Downley W, Schnell BR. Utilization of psychotropic drugs in Saskatchewan. Canadian Journal of Psychiatry 1983; 28: 547-551.

18. Cooperstock R, Parnell P. Research on psychotropic drug use: a review of findings and methods. Social Science and Medicine 1982; 16: 1179-1196.

19. Rosser WW. Benzodiazepine use in a family medicine centre. Drug Protocol 1987; 2 (10): 9-15.

20. Bass MJ, Pederson LL. Is there a trend away from tranquillizing women? Canadian Journal of Public Health 1986; 77: 119-122.

21. Tarr JE, Macklin M. Cocaine. Pediatric Clinics of North America 1987; 34: 319-331.

22. Smart RG. Cocaine use and problems in North America. Canadian Journal of Criminology 1986; 28: 109-128.

23. Katz S. The rising popularity of cocaine: how serious a problem? Canadian Medical Association Journal 1985; 133: 682-685.

24. Schwartz RH. Marijuana: an overview. Pediatric Clinics of North America 1987; 34: 305-317.

25. Addiction Research Foundation. Report of an ARF/WHO Scientific Meeting on Adverse Health and Behavioral Consequences of Cannabis Use, Toronto, Ontario, 30 March-3 April, 1981. Toronto: Addiction Research Foundation, 1981: 72.

26. McHugh MJ. The abuse of volatile substances. Pediatric Clinics of North America 1987; 34 (April): 333-340.

27. Agbayewa MO. Psychiatric management of chronic solvent inhalations: a case presentation. Psychiatric Journal of the University of Ottawa 1981; 6 (2): 114-116.

28. Lamarche P, Rootman I. Drug use. In Health and Welfare Canada, Rootman I, Warren R, Stephens T, Peters L (eds.), Canada's Health Promotion Survey, Technical Report. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1988.

29. Lanphier MC. Prevalence and consequences of non-medical use of drugs among Canadian Forces personnel: 1982. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1985; 11: 231-247.

30. Federation of Saskatchewan Indian Nations. Alcohol and Drug Abuse among Treaty Indians in Saskatchewan: Needs Assessment and Recommendations for Change. Saskatoon: Federation of Saskatchewan Indian Nations and Health and Welfare Canada, 1984.

31. Smart RG, Liban C, Brown G. Cocaine use among adults and students. Canadian Journal of Public Health 1981; 72: 433-438.

32. Hughes PH, Canavan KP, Jarvis G, Arif A. Extent of drug abuse: an international review with implications for health planners. World Health Statistics Quarterly 1983; 36 (3/4): 394-497.

33. Henderson HW. Dependence among physicians. Canadian Family Physicians 1981: 27: 483-492.

34. Statistics Canada. Mental Health Statistics. Catalogue No. 83-204.

35. Community Epidemiology Work Group. Epidemiology of Drug Abuse: Research, Clinical and Social Perspectives, December 1985. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, 1985.

36. Moreau JA. Appendix A: Selected statistics on convictions for illicit drug use in Canada. In Annual Reports, Bureau of Dangerous Drugs. Health Protection Branch, Health and Welfare Canada, 1985.

37. Royal Canadian Mounted Police. National Drug Intelligence Estimate 1986-87, with Trend Indicators through 1989. Ottawa: Public Relations Branch, Royal Canadian Mounted Police, 1987.

38. Canadian Gallup Poll Ltd. A Summary Report on Tobacco, Alcohol and Marijuana Use and Norms among Young People in Canada, Year 4. Health Promotion Directorate, Health and Welfare Canada, 1986.

39. Campbell E. Preliminary Report, 1986 Provincial School Drug Survey. Co-sponsored by the Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick and the New Brunswick Department of Education, 1986.

40. Smart RG, Adlaf EM. Alcohol and Other Drug Use among Ontario Students in 1987, and Trends since 1977. Addiction Research Foundation, 1987.

41. Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission. Alcohol, Drugs and Youth: A Saskatchewan Survey, Fall 1986.

42. Jeune R. Teenage Alcohol and Drug Use in Alberta: A Summary Report. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1986.

43. King AJC, Robertson AS, Warren WK. Canada Health Attitudes and Behaviours Survey, 9-, 12-, and 15-Year-Olds, 1984-85. Social Program Evaluation Group, Queen's University at Kingston [n.d.].

44. Goodstadt MS, Chan GC, Sheppard MA, Cleve JC. Factors associated with cannabis non-use and cessation of use: between and within survey replications of findings. Addictive Behaviours 1986: 11: 275-286.

45. Smart RG, Adlaf EM. Patterns of drug use among adolescents: the past decade. Social Science Medicine 1986; 23: 717-719.

46. Feldman W, Hodgson C, Corber S, Quinn A. Health concerns and health-related behaviours of adolescents. Canadian Medical Association Journal 1986; 134: 489-493.

47. Mitic WR, McGuire DP. Adolescent inhalant use and perceived stress. Journal of Drug Education 1987; 17 (2): 113-121.

48. Boyle MH, Offord DR. Smoking, drinking and use of illicit drugs among adolescents in Ontario: prevalence, patterns of use and sociodemographic correlates. Canadian Medical Association Journal 1986; 135: 1113-1121.

49. Remington G, Hoffman BF. Gas sniffing as a form of substance abuse. Canadian Journal of Psychiatry 1984; 29: 31-35.

50. Union of Ontario Indians. Brief to the Standing Committee on Health and Welfare hearings concerning resources required to address substance abuse, June 1987 [unpublished].

51. Rootman I. Trends in self-reported use of marijuana among Canadian teenagers, 1981-83. Chronic Diseases in Canada 1984; 5 (1): 8-9.

52. Rootman I. Trends in self-reported marijuana use among Canadian teenagers: an update to 1985. Chronic Diseases in Canada 1985; 6 (3): 63-64.

53. Rootman I, Jossa D. Recent trends in drug use among Canadian young people. Chronic Diseases in Canada 1984; 5 (2): 31-33.

54. Smart RG, Goodstadt MS, Adlaf EM, Sheppard MA, Chan GC. Trends in the prevalence of alcohol and other drug use among Ontario students: 1977-1983. Canadian Journal of Public Health 1985; 76 (May/June): 157-162.

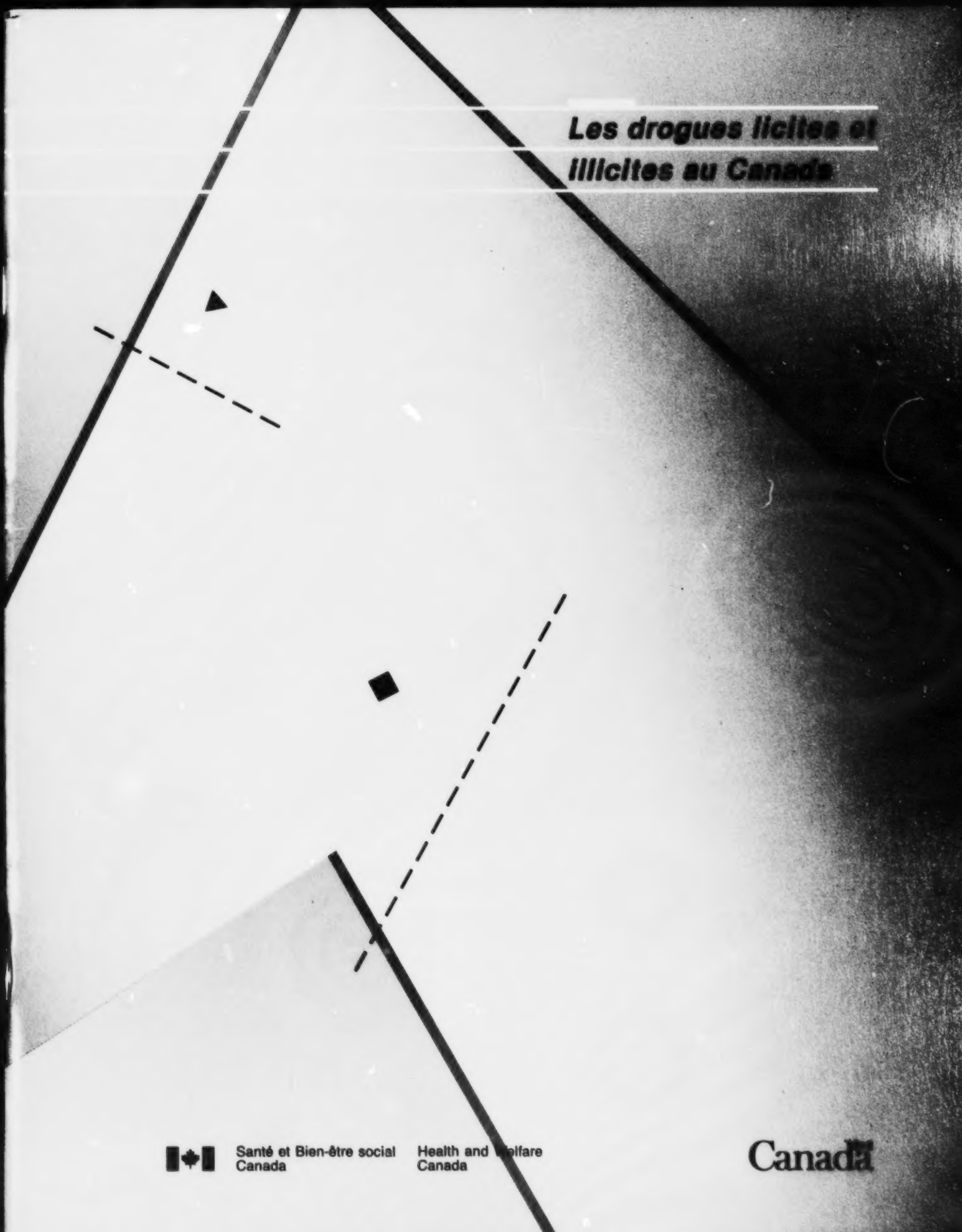
55. Smart RG, Adlaf EM, Goodstadt MS. Alcohol and other drug use among Ontario students: an update. Canadian Journal of Public Health 1986; 77 (January/February): 57-58.

56. Lamontagne Y, Elie R. Consommation d'alcool et de drogues chez les étudiants du niveau collégial (C.E.G.E.P.): Comparaison 1978-1984. L'Union Médicale du Canada 1985; 114 (août): 652-657.

57. Nutter C. Drinking and related behaviours among Alberta teens: 1983. In Rush B, Layne N (eds.), Alcohol, Drugs and Canadian Youth: Proceedings of a Symposium on Epidemiological and Social/Psychological Studies concerning Alcohol and Drug Use among Young People. Toronto: Health Promotion Directorate, Addiction Research Foundation, Canadian Addictions Foundation, 1985: 19-55.

58. Donelson AC. Cannabis and driving: leaving no turn unstoned. In Rush B, Layne N (eds.), Alcohol, Drugs and Canadian Youth: Proceedings of a Symposium on Epidemiological and Social/Psychological Studies concerning Alcohol and Drug Use among Young People. Toronto: Health Promotion Directorate, Addiction Research Foundation, Canadian Addictions Foundation, 1985: 129-151.

# Les drogues licites et illicites au Canada



Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada
Canada

# *Les drogues licites et illicites au Canada*

Publication autorisée par
le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Citation suggérée :

Santé et Bien-être social Canada (1989)
Les drogues licites et illicites au Canada
Révision, Marc Eliany

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1989
N° de cat. : H39-159/1989F
ISBN : 0-662-95562-5

Also available in English under the title
"Licit and Illicit Drugs in Canada"

# LES DROGUES LICITES ET ILLICITES AU CANADA

## AVANT-PROPOS

Le 25 mai 1987, le gouvernement fédéral annonçait la mise en oeuvre de sa stratégie antidrogue intitulée "Action contre les drogues". Celle-ci, par l'entremise d'une démarche équilibrée et coordonnée acceptable aux Canadiens, a pour principal objectif la réduction des conséquences néfastes qu'entraînent l'abus d'alcool et d'autres drogues sur les individus, les familles et les collectivités.

Les efforts mis de l'avant contre la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues dépendent, à tous les niveaux, de l'exactitude et de la pertinence de l'information disponible sur la nature, l'étendue, les tendances et les conséquences de ces abus. Afin de répondre à ces besoins, le présent rapport *Les drogues licites et illicites au Canada* ainsi qu'un rapport conjoint intitulé *L'alcool au Canada* ont été élaborés par la Direction de la promotion de la santé dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue.

Le rapport *Les drogues licites et illicites au Canada* réunit les données de plusieurs sources d'information traitant des tendances qui se dessinent relativement à la consommation de drogues au Canada. Dans le présent rapport, les drogues licites et illicites se distinguent principalement par leurs côtés historiques et juridiques, plutôt que par leurs simples aspects pharmacologiques.

Ainsi, les chapitres 1 à 4 traitent de l'usage des effets de certaines drogues dites "licites", telles que les tranquillisants, les somnifères, les analgésiques et les amphétamines. Les chapitres 5 à 8 résument pour leur part les données canadiennes récentes relatives aux drogues "illicites", telles que la cocaïne, la marijuana, les hallucinogènes, l'héroïne et les substances volatiles.

Le rapport *Les drogues licites et illicites au Canada* indique que nos efforts pour réduire la consommation abusive de drogues au Canada ont connu un certain succès. Cependant, d'autres recherches devront être entreprises pour trouver plus d'information et de preuves à l'appui de ces tendances prometteuses.

## Remerciements

Marc Eliany a rédigé ce rapport et Irv Rootman, Reg Warren, Norman Giesbrecht, Pierre Lamarche, Tom Stephens et Jim Anderson ont contribué à la révision des ébauches préliminaires préparées par Evalusearch.

**L'information et les commentaires relatifs à ce rapport peuvent être envoyés à :**

L'Unité des études en promotion de la santé
4e étage, immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney, Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

**Des exemplaires de ce rapport sont disponibles auprès de :**

L'Unité des publications
Direction générale des services et
de la promotion de la santé
5e étage, immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney, Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

# TABLE DES MATIÈRES

**Avant-propos** ..... i

**Points saillants : les drogues licites et illicites au Canada** ..... v

**Première partie : l'usage des drogues licites** ..... 1

1. Les types de psychotropes et leurs effets .... 1
   - 1.1 Tranquillisants et somnifères ..... 1
   - 1.2 Association d'analgésiques ..... 2
   - 1.3 Amphétamines ..... 2

2. L'usage des drogues licites chez les Canadiens adultes ..... 3
   - 2.1 Prévalence et tendances de l'usage .... 3
   - 2.2 Âge et sexe des consommateurs adultes . 4
   - 2.3 Caractéristiques sociales des consommateurs adultes ..... 5

3. L'usage des drogues licites chez les jeunes Canadiens ..... 7
   - 3.1 Prévalence et tendances de l'usage .... 7
   - 3.2 Âge et sexe des jeunes consommateurs .. 8

**Deuxième partie : l'usage des drogues illicites** ..... 9

4. Les types de drogues illicites et leurs effets .. 9
   - 4.1 Cocaïne ..... 9
   - 4.2 Marijuana ..... 10
   - 4.3 Hallucinogènes ..... 10
   - 4.4 Héroïne ..... 11
   - 4.5 Substances volatiles ..... 12

5. L'usage des drogues illicites chez les Canadiens adultes ..... 13
   - 5.1 Prévalence et tendances de l'usage .... 13
   - 5.2 Comparaisons internationales ..... 15
   - 5.3 Âge et sexe des consommateurs adultes . 16
   - 5.4 Caractéristiques sociales des consommateurs adultes ..... 17
   - 5.5 Attitudes des adultes à l'égard de l'usage des drogues ..... 18
   - 5.6 Morbidité reliée à l'usage des drogues .. 19
   - 5.7 Condamnations pour infractions liées aux drogues ..... 20

6. L'usage des drogues illicites chez les jeunes Canadiens ..... 21
   - 6.1 Prévalence ..... 21
   - 6.2 Âge et sexe des jeunes consommateurs ..... 24
   - 6.3 Jeunes autochtones ..... 26
   - 6.4 Tendances de l'usage ..... 26
   - 6.5 Abandon de la drogue et abstinence chez les jeunes ..... 29
   - 6.6 Usage des drogues et conduite d'un véhicule ..... 30
   - 6.7 Attitudes des jeunes à l'égard de l'usage des drogues illicites ..... 30

**Conclusions** ..... 32

**Renvois bibliographiques** ..... 33

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Fréquence de la consommation de cocaïne durant la vie, d'après les réponses fournies chez les adultes, Ontario, 1984 et 1987 . . . . . 15

Tableau 2. Comparaison de l'ampleur de l'abus des drogues, selon le pays, 1975 à 1980 . . . . . 16

Tableau 3. Pourcentage des jeunes qui ont dit avoir fait usage de cannabis au moins une fois dans l'année ayant précédé les enquêtes provinciales . . . . . 22

# LISTE DES FIGURES


Figure 1. Usage des tranquillisants dans l'année précédant l'enquête, selon le sexe, Ontario, 1977 à 1987 . . . . . 3

Figure 2. Usage des somnifères dans l'année précédant l'enquête, selon le sexe, Ontario, 1977 à 1987 . . . . . 4

Figure 3. Usage des drogues licites dans l'année précédant l'enquête, selon l'âge, Ontario, 1987 . . . . . 4

Figure 4. Usage des drogues licites dans l'année précédant l'enquête, selon le sexe, Ontario, 1987 . . . . . 5

Figure 5. Usage des drogues licites dans l'année précédant l'enquête chez les jeunes de la 7e à la 13e année, Ontario, 1987 . . . . . 7

Figure 6. Usage des drogues licites dans l'année précédant l'enquête chez les jeunes de la 7e à la 13e année, Ontario, 1977 à 1987 . . . . . 8

Figure 7. Usage des drogues illicites dans l'année précédant l'enquête chez les adultes de 18 ans et plus, Ontario, 1987 . . . . . 13

Figure 8. Usage du cannabis chez les adultes de 18 ans et plus, selon l'âge, Ontario, 1976 à 1987 . . . . . 15

Figure 9. Usage du cannabis dans l'année précédant l'enquête chez les adultes de 18 ans et plus, selon l'âge, Ontario, 1987 . . . . . 17

Figure 10. Usage du cannabis dans l'année précédant l'enquête chez les adultes de 18 ans et plus, selon la profession, Ontario, 1987 . . . . . 18

Figure 11. Départs de patients traités pour des troubles reliés à l'usage des drogues, hôpitaux généraux et psychiatriques, 1979-1980 à 1983-1984 . . . . . 19

Figure 12. Départs de patients traités pour des troubles reliés à l'usage des drogues, hôpitaux généraux et psychiatriques, selon le sexe, 1983-1984 . . . . . 20

Figure 13. Départs de patients traités pour des troubles reliés à l'usage des drogues, hôpitaux généraux et psychiatriques, selon l'âge, 1982-1983 . . . . . 20

Figure 14. Usage non médical des drogues dans l'année précédant l'enquête chez les élèves de l'Ontario, 1987 . . . . . 21

Figure 15. Usage déclaré du cannabis dans le mois précédant l'enquête chez les jeunes, selon l'âge, Canada, 1986 . . . . . 24

Figure 16. Usage des drogues illicites dans l'année précédant l'enquête chez les élèves, Ontario, 1977-1987 . . . . . 27

Figure 17. Usage du cannabis dans le mois précédant l'enquête, selon le sexe, chez les jeunes de 12 à 29 ans, Canada, 1983, 1985 et 1986. . . . . 28

Figure 18. Usage du cannabis dans le mois précédant l'enquête chez les jeunes de 12 à 29 ans, Canada, 1983, 1985 et 1986. . . . . 28

Figure 19. Usage du cannabis dans l'année précédant l'enquête chez les élèves de l'Ontario, 1977 à 1987 . . . . . 29

Figure 20. Fréquence de l'usage du cannabis chez les élèves de l'Ontario, 1977 à 1987 . . . . . 29

# POINTS SAILLANTS : LES DROGUES LICITES ET ILLICITES AU CANADA

## Usage des drogues licites

- En 1985, 8 % des Canadiens déclaraient avoir pris des somnifères au moins une fois au cours de l'année écoulée et 6 % avoir pris des tranquillisants. Seulement 2 % des Canadiens reconnaissaient prendre des stimulants.
- En 1987, 8 % des élèves déclaraient prendre des barbituriques prescrits par un médecin et 5 % des tranquillisants prescrits par un médecin. Toujours parmi les jeunes fréquentant l'école, 3 % déclaraient prendre des barbituriques, et 3 % des tranquillisants, à des fins non médicales.
- Depuis 1977, la consommation de tranquillisants a diminué, mais la consommation de somnifères est restée sensiblement la même.
- Dans tous les groupes d'âge, plus de femmes que d'hommes déclarent prendre des somnifères et des tranquillisants. Le rapport est d'environ 1,7 femme pour un homme. Chez les 25 à 44 ans, les femmes obtiennent une ordonnance de tranquillisants beaucoup plus souvent que les hommes, même si le diagnostic psychosocial est le même.
- Il y a corrélation positive entre l'âge et la consommation de tranquillisants et de somnifères. En 1984-1985, ce sont les hommes et les femmes âgés qui recevaient le plus souvent une ordonnance de benzodiazépines, les femmes âgées recevant plus de la moitié de ces ordonnances chaque année. Ces résultats marquent un changement par rapport aux données de 1977-1978, selon lesquelles les personnes à qui ce type de médicament était le plus souvent prescrit étaient des femmes d'âge mûr.
- Il existe une corrélation significative entre le statut professionnel et l'usage de tranquillisants, les femmes au foyer, les personnes retraitées, les étudiants et les chômeurs déclarant prendre plus souvent ce type de médicament que les personnes qui ont un emploi. Parmi les consommateurs de tranquillisants, trois personnes sur quatre estiment mener une vie stressante.
- Le Québec et la Colombie-Britannique sont les deux seules provinces où le taux déclaré de consommation de somnifères est supérieur à la moyenne nationale.
- L'usage des somnifères est cinq fois et demie plus important chez les médecins internes et résidents que chez les autres Canadiens du même groupe d'âge.

## Usage des drogues illicites

- Une assez faible proportion des Canadiens adultes fait usage de drogues illicites, et une proportion encore plus restreinte en consomme régulièrement.
- En 1985, 6 % des Canadiens adultes déclaraient avoir fait usage de marijuana ou de haschisch, moins de 1 % avoir fait usage de cocaïne, et 2 % avoir pris des stimulants au cours des 12 mois précédents.
- Onze pour cent des Canadiens de 12 à 29 ans déclaraient avoir pris du cannabis au moins une fois dans leur vie. Dans le cadre d'une enquête menée en 1986, 4 % des répondants du même groupe d'âge déclaraient en avoir pris dans le mois précédent.

- La majorité des gens qui prennent des drogues illicites le font à titre expérimental. En Ontario, 10 % des élèves déclaraient avoir pris de telles drogues dans le mois avant l'enquête et, parmi eux, environ 60 % affirmaient n'avoir fait l'essai de telles drogues qu'une ou deux fois. Quatre pour cent des élèves de l'Ontario déclaraient avoir pris du cannabis plus de deux fois au cours du mois précédant l'enquête.

- Selon les résultats d'enquêtes successives, l'usage du cannabis et des autres drogues illicites a diminué récemment. Entre 1981 et 1985, on a enregistré une diminution statistiquement significative de la fréquence de l'usage de la marijuana (sauf pour ce qui est de l'usage quotidien).

- Entre 1980 et 1985, les condamnations pour possession ou trafic de cannabis ont diminué de façon substantielle. Dans la majorité des cas, le délit commis était la simple possession de cannabis.

- Par opposition aux conclusions tirées des données d'enquête, les hôpitaux ont enregistré, entre 1979-1980 et 1983-1984, une augmentation graduelle du nombre total de congés de patients traités pour des troubles reliés à l'abus des drogues. En Ontario, il y a eu augmentation dans les hôpitaux de la proportion des admissions reliées à l'usage de la cocaïne, qui est passée de 1 % en 1979 à 10 % en 1984.

- Le fait que l'usage du cannabis soit peu répandu chez les plus de 30 ans donne à entendre que les consommateurs de cette drogue cessent d'en prendre vers cet âge.

- La diminution récente de l'usage du cannabis chez les jeunes adultes et l'augmentation proportionnelle de l'usage de cette drogue chez les 30 ans et plus donnent à penser qu'un "effet de cohorte" se fait sentir. Dans la cohorte des moins de 30 ans, la proportion des jeunes qui commencent à faire usage de cannabis n'est pas aussi élevée qu'elle le fut parmi ceux qui forment maintenant la cohorte des 30 ans et plus.

- La consommation de cocaïne la vie durant a augmenté de 1984 à 1987, passant de 3,3 % à 6,1 %. Cette augmentation serait due en grande partie à une augmentation du nombre des personnes qui font l'essai de cette drogue.

- La probabilité qu'une personne qui prend de la drogue renonce à en prendre n'est pas la même pour tous les consommateurs. Chez ceux qui prennent à la fois du cannabis et d'autres drogues illicites, et chez les gros consommateurs de cannabis, le pourcentage de ceux qui renoncent au cannabis est beaucoup moins élevé que chez les autres usagers.

- Pour la plupart des drogues illicites, la consommation augmente avec le niveau d'études, mais il tend à y avoir nivellement de la consommation vers la fin de l'adolescence, soit vraisemblablement à la fin de la période d'expérimentation des drogues. En revanche, chez les consommateurs de substances volatiles (colles et solvants), la consommation tend à diminuer avec le niveau d'études.

- Comme cela se vérifie chez les adultes et pour d'autres substances, les jeunes hommes sont plus nombreux à faire usage de drogues illicites que les jeunes femmes.

- Selon les enquêtes effectuées sur l'usage des drogues chez les jeunes autochtones du Canada, le phénomène de la consommation et de l'abus des drogues est beaucoup plus grave parmi les membres de ce groupe que dans l'ensemble de la population canadienne.

- En 1985, ce sont les célibataires qui enregistraient les taux les plus élevés de consommation de cannabis (14 %) et de cocaïne (2 %). Pour ce qui est de l'usage du cannabis, les taux de consommation étaient également plus élevés chez les personnes à la recherche d'un emploi (12 %) et chez les anglophones (7 %).

- Chez les consommateurs de cocaïne, de cannabis et de stimulants, la proportion de personnes qui décrivent leur vie comme "très" ou "assez" stressante est plus élevée que dans l'ensemble de la population.

- Chez les consommateurs de marijuana, la proportion des personnes qui fument la cigarette tous les jours et de celles qui boivent de l'alcool est beaucoup plus élevée que dans les autres groupes.

# PREMIÈRE PARTIE : L'USAGE DES DROGUES LICITES

## 1. Les types de psychotropes et leurs effets

### 1.1 Tranquillisants et somnifères

Un certain nombre de médicaments sont prescrits pour leur effet calmant ou soporifique. Parmi ces derniers, les plus couramment prescrits appartiennent soit à la catégorie des benzodiazépines, soit à celle des barbituriques. Les médicaments du premier groupe sont souvent prescrits, maintenant, de préférence à d'autres médicaments tels que les barbituriques.

*Benzodiazépines* : ces médicaments, appelés tranquillisants "mineurs", sont utilisés principalement pour leur propriété anxiolytique et sédative : ils incluent le diazépam, le lorazépam, l'oxazépam, le chlordiazépoxide, le flurazépam et le triazolam. Ces médicaments de prescription sont mieux connus sous leurs noms de commerce : Valium, Librium, Xanax, Tranxene, Ativan et Serax, notamment. Sur le marché noir, ces médicaments sont désignés par des noms tels que *tranks, downers,* et *V's*[2]. Les benzodiaziépines représentent environ la moitié des drogues psychoactives consommées[3], et le Valium est le médicament le plus vendu au monde.

Il a été prouvé que le diazépam entraîne une diminution de la performance cognitive et psychomotrice, et notamment de la concentration, de la vigilance, de la capacité d'apprentissage et de la mémoire[4,5]. On dispose de peu de données sur les effets toxiques des diverses benzodiazépines, ainsi que sur leurs effets négatifs sur le comportement.

Bien que l'utilisation de ces médicaments soit répandue, il semble que ces derniers aient peu d'effets néfastes[6,7]. Des expériences réalisées auprès de populations cliniques montrent que les cas d'intoxication grave sont pratiquement inexistants. L'abus de ces médicaments est généralement le fait de polytoxicomanes[6,8]. Des cas de surdose ont toutefois été signalés. Ainsi, une étude menée dans 21 services d'admission de salles d'urgence d'hôpitaux de Toronto a révélé que dans 39 % des cas de surdose et 16 % des cas d'abus, les benzodiazépines étaient la substance en cause[4].

La propriété toxicomanogène potentielle des benzodiazépines fait l'objet de beaucoup de controverses. Des études expérimentales sur animaux ont montré que tous les médicaments de ce groupe peuvent entraîner une dépendance physique, surtout s'ils sont consommés à forte dose[6]. Une étude effectuée auprès d'une population clinique a révélé que 90 % des sujets ayant consommé de ces médicaments pendant moins de huit semaines pouvaient cesser d'en prendre sans réaction négative[8].

Un examen d'études contrôlées a révélé des différences importantes dans les symptômes de sevrage chez les patients ayant fait un usage à long terme de ces médicaments à des fins thérapeutiques. De façon générale, plus les études en question reposent sur un contrôle rigoureux, moins elles fournissent de données concluantes sur le sevrage[6]. Toutefois, d'autres revues d'études bien conçues indiquent que les patients ayant consommé pendant longtemps des benzodiazépines à des fins thérapeutiques, connaissent des symptômes particuliers de sevrage. Ces symptômes peuvent inclure une anxiété réactionnelle, de l'insomnie, de l'agitation et des troubles sensoriels[2].

L'usage des benzodiazépines est fréquent chez les patients traités pour abus de drogues, y compris l'abus d'alcool. Selon les données des centres de traitement des toxicomanies, jusqu'à 70 % des patients font usage de benzodiazépines ou en consomment abusivement. Une étude a révélé que le diazépam était le type de benzodiazépine le plus couramment consommé de façon abusive dans un échantillon de patients traités à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie[9]. Les personnes qui

entament un traitement se recrutent plus particulièrement parmi celles qui absorbent de fortes doses de benzodiazépines (60 mg/jour ou davantage) ainsi que chez les polytoxicomanes[8].

Les consommateurs de benzodiazépines en traitement se répartissaient en deux catégories : celle des patients qui avaient pris des benzodiazépines pour des raisons thérapeutiques, mais qui en continuaient l'usage au delà de ce qui leur avait été prescrit; et celle des patients qui prenaient de fortes doses de benzodiazépines et qui, parallèlement, consommaient abusivement d'autres substances[8].

*Barbituriques :* les barbituriques, tels que le phénobarbital et le sécobarbital, sont de puissants dépresseurs du système nerveux central, qu'on utilise pour leur effet tranquillisant. À forte dose, ils peuvent entraîner la perte de connaissance et le décès par défaillance respiratoire[2]. À forte dose également, une réaction de tolérance s'installe rapidement, en même temps que s'accroît le risque de décès dû à une surdose ou à un arrêt subit de la consommation[2]. Bien que plusieurs barbituriques continuent d'être utilisés à des fins cliniques, dans nombre de cas on leur a substitué des benzodiazépines, à cause de l'innocuité relative de ces dernières[2].

Les barbituriques sont des substances chimiques produites par des compagnies pharmaceutiques. Ces substances sont *détournées* de leur usage légal et largement vendues sur le marché noir. On les connaît sous des noms de commerce tels que Amytal, Butisol, Nembutal, Luminal et Seconal[2]. En argot, on les appelle *barbs, downers*, entre autres noms. Souvent aussi, le nom utilisé, *blues, yellow jackets, red devils* ou *rainbows*, renvoie à la couleur des cachets.

### *1.2 Association d'analgésiques*

Il est question ici d'association de médicaments, réunissant par exemple de la codéine et de l'acétaminophène ou de l'acide acétylsalicylique. Au Canada, ces médicaments, incorporant des doses restreintes des substances en présence, sont en vente libre. Ces préparations, telles que les 222, le Tylénol 1, le Véganin et le Bénylin, servent à supprimer la toux et à soulager des douleurs mineures[2]. La codéine, dérivée de l'opium, a des effets analgésiques et euphorisants légers. La tolérance à la codéine apparaît lentement et les cas de dépendance physique sont rares. À forte dose, toutefois, la codéine est une substance dangereuse qui peut causer des convulsions[2].

D'autres associations d'analgésiques contiennent de l'acide acétylsalicylique ou de l'acétaminophène et un barbiturique; le Fiorinal, par exemple, contient de l'acide acétylsalicylique, de la caféine et un barbiturique, ainsi que, parfois, de la codéine. C'est le barbiturique présent dans ces associations médicamenteuses qui est cause d'intoxication, favorise l'apparition d'une réaction de tolérance et mène à la dépendance physique[10].

### *1.3 Amphétamines*

Ces substances, qui constituent un groupe de stimulants du système nerveux central, sont utilisées légalement pour supprimer l'appétit; on peut les consommer par voie orale, respiratoire ou intraveineuse. La consommation de ces drogues tient la personne éveillée, active la vigilance, donne de l'énergie et procure un sentiment de bien-être[2]. Les noms de commerce courants des amphétamines sont Benzédrine (substance maintenant retirée du marché) et Dexédrine. Quant aux noms argotiques, on entend les suivants : *speed, bennies, black beauties, copilots, dexies, lid poppers, meth, pep pills* et *uppers*[2].

Les amphétamines sont produites et par l'industrie pharmaceutique et par des laboratoires clandestins[2]. Les utilisations légales de ces substances à des fins médicales incluent le traitement des troubles de l'alimentation, de la narcolepsie et des troubles de l'attention[11].

L'abus des amphétamines est fréquent au sein de certains groupes tels que les conducteurs de camions et les étudiants, qui veulent rester éveillés et augmenter leur endurance. Le *speed*, méthamphétamine injectable, est la drogue de rue préférée, à cause de sa grande puissance et de sa rapidité d'action[2]. L'usage chronique de ces substances peut entraîner une dépendance physique et psychologique, des troubles du sommeil et des perturbations psychologiques. À forte dose, cette substance peut causer une psychose toxique[2].

## 2. L'usage des drogues licites chez les Canadiens adultes

### *2.1 Prévalence et tendances de l'usage*

Des enquêtes transversales ont été effectuées auprès de la population canadienne sur l'usage des médicaments de prescription tels que les tranquillisants, les somnifères et les stimulants. Peu d'enquêtes auprès de l'ensemble de la population établissent une distinction entre l'usage licite et l'usage illicite des médicaments de prescription, ou entre l'usage et l'abus de ces substances, tel qu'on peut le déterminer selon la fréquence et la durée de l'usage. Les études sur l'usage abusif des drogues ne portent habituellement que sur des populations cliniques, et donc sur les plus gros consommateurs de ces substances. L'enquête sur l'alcool et les drogues, entreprise par Santé et Bien-être social Canada au début de 1989, fournira pour la première fois des données complètes sur le comportement des Canadiens en matière de consommation de drogues.

La prévalence de l'usage des drogues est un prédicteur de la prévalence de l'abus des drogues. Comme pour l'alcool, les taux de consommation sont des indices de la prévalence des problèmes reliés à la consommation. Comme pratiquement toutes les drogues ont un potentiel toxicomanogène, le recours à n'importe quelle substance psychotrope, à des fins thérapeutiques ou récréatives, accroît le risque d'abus.

L'Enquête Promotion Santé Canada de 1985[28] comportait des questions sur trois catégories de drogues licites; parmi ces dernières, les plus largement utilisées étaient les somnifères et les tranquillisants. Huit pour cent des répondants déclaraient avoir pris des somnifères au moins une fois au cours de l'année écoulée et 6 %, des tranquillisants. Seulement 2 % disaient avoir pris des amphétamines, soit un taux considérablement moindre que celui des consommateurs de marijuana (6 %).

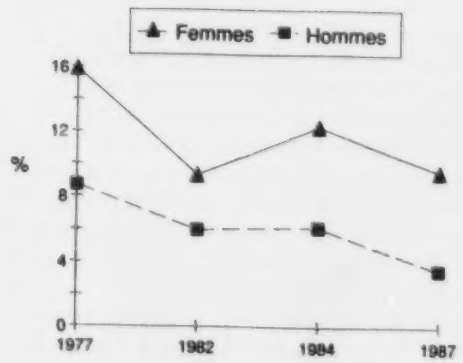
L'enquête effectuée en Ontario en 1987 aboutissait à des résultats similaires[12] :9 % des adultes ontariens avaient pris des somnifères au cours des 12 mois précédents, et 7 % avaient pris des tranquillisants, tandis que seulement 2 % avaient pris des stimulants.

L'Enquête Promotion Santé Canada (1985) révélait que les habitudes de consommation simultanée de différents médicaments de prescription étaient un phénomène important parmi les Canadiens de 15 ans et plus. En effet, 34 % des consommateurs de somnifères déclaraient prendre aussi des tranquillisants et 14 % des consommateurs de tranquillisants prenaient aussi des somnifères[10].

On ne dispose pas de suffisamment de données sur les tendances canadiennes dans leur ensemble. Par contre, on dispose de données raisonnablement complètes pour deux provinces. Comme le montrent les figures 1 et 2, depuis 1977, l'usage des tranquillisants accuse une tendance à la baisse en Ontario, chez les hommes comme chez les femmes, tandis que la consommation de somnifères a très peu changé[11].

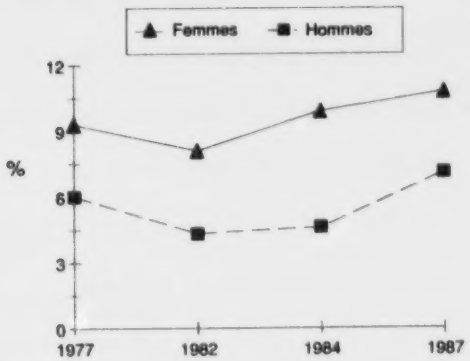
Le régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan, qui a vu le jour en 1975, fournit un moyen sans pareil d'examiner les habitudes de consommation de médicaments de prescription et les tendances à cet égard dans un important bassin de population au Canada. Les données sur l'usage des médicaments portent sur environ 990 000 personnes[13]. En 1982, 18 % des personnes admissibles au régime de la Saskatchewan ont reçu une ordonnance de médicaments psychotropes, ce qui

**Figure 1.**
**Usage des tranquillisants dans l'année précédant l'enquête, selon le sexe, Ontario, 1977 à 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

**Figure 2.**
**Usage des somnifères dans l'année précédant l'enquête, selon le sexe, Ontario, 1977 à 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

marquait une légère baisse par rapport à 1977, année où le taux correspondant était de 20 %[16].

Entre 1977 et 1982, il y a eu diminution et du volume des médicaments psychotropes prescrits et de la proportion de la population à qui de tels médicaments étaient prescrits, dans tous les groupes d'âge et en dépit d'une augmentation de 4 % de la population admissible pendant la même période[16]. Cette baisse est dans une grande mesure attribuable à une diminution du nombre des ordonnances de tranquillisants, et notamment de diazépam et de chlordiazépoxide[14].

Les sédatifs-hypnotiques sont la seule catégorie de psychotropes pour laquelle on a enregistré une augmentation globale de la consommation depuis 1977, en Saskatchewan[19]. Cette hausse est surtout due à une augmentation des ordonnances du triazolam, médicament à action limitée prescrit pour le traitement à court terme de l'insomnie. La diminution de la consommation des autres sédatifs-hypnotiques et l'augmentation de la population admissible au régime d'assurance de la Saskatchewan ne suffisent pas à expliquer cette augmentation très importante de la consommation de triazolam[15]. En 1982, le triazolam représentait 21 % des ordonnances de benzodiazépines, comparativement à 5 % en 1979[14]. Le niveau de consommation de ce médicament porte à croire qu'il est utilisé à d'autres fins que le traitement à court terme de l'insomnie, comme il est recommandé[15].

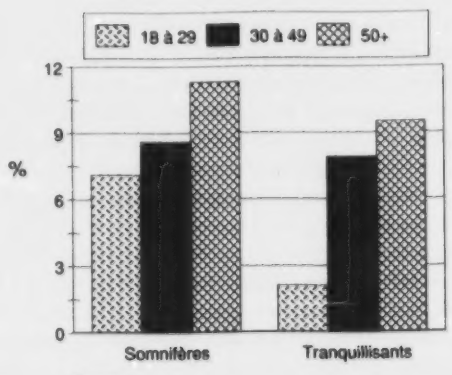
Entre 1977 et 1985, on a tenu un relevé des médicaments prescrits dans un centre de médecine familiale de l'Ontario. On a pu analyser des données concernant environ 11 000 patients[19]. Selon les résultats obtenus, les benzodiazépines étaient largement consommées par 5 à 10 % de la population étudiée chaque année. En 1984-1985, ce sont des hommes et des femmes âgés qui ont reçu le plus souvent des ordonnances de benzodiazépines, les femmes recevant près de la moitié de toutes ces ordonnances chaque année. Ces résultats marquent un changement par rapport aux résultats obtenus en 1977-1978; cette année-là, ce sont les femmes d'âge mûr qui ont le plus souvent reçu des ordonnances de benzodiazépines[19].

Entre 1977 et 1985, le nombre des ordonnances de benzodiazépines a diminué de 15 %; on constate également un changement très net dans le type de benzodiazépines prescrites, les benzodiazépines à action courte (triazolam et lorazépam, par exemple) supplantant de plus en plus les composés à action prolongée, tels que le diazépam et le chlordiazépoxide.

## *2.2 Âge et sexe des consommateurs adultes*

Selon les données nationales et provinciales, il existe une corrélation positive entre l'âge et l'usage des tranquillisants et des somnifères (voir la figure 3). C'est chez les plus âgés (50 ans et plus) que l'on

**Figure 3.**
**Usage des drogues licites dans l'année précédant l'enquête, selon l'âge, Ontario, 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

trouve le plus grand nombre de Canadiens qui déclarent faire usage de ces substances[11, 15, 16].

Pour les tranquillisants, la tendance à l'augmentation de l'usage avec l'âge se vérifie pour les hommes comme pour les femmes, exception faite des hommes entre 45 et 54 ans, chez qui la fréquence de l'usage est moindre que chez les plus jeunes[28].

Les enquêtes effectuées en Ontario et à l'échelon national ont révélé qu'il existe une corrélation négative entre l'usage des stimulants et l'âge, les jeunes adultes déclarant faire usage de ces substances plus souvent que les membres des autres groupes d'âge[28,37].

Dans tous les groupes d'âge, plus de femmes que d'hommes déclaraient prendre des somnifères et des tranquillisants, le rapport étant d'environ 1,7 femme pour un homme (voir la figure 4). Vingt-trois pour cent des femmes de 65 ans et plus ont déclaré avoir pris des somnifères dans l'année qui a précédé l'enquête, comparativement à 18 % des hommes.

Environ une femme sur douze, comparativement à un homme sur vingt, déclarait prendre des tranquillisants[28]. Les données de l'Ontario indiquaient en outre un effet d'ensemble lié au sexe, plus de femmes que d'hommes déclarant faire usage de ces substances[45]. En Saskatchewan, les femmes ont reçu plus d'ordonnances de médicaments psychotropes que les hommes[16].

Bon nombre de chercheurs se sont penchés tout spécialement sur l'usage des benzodiazépines chez les femmes. Les benzodiazépines sont la catégorie de médicaments psychotropes les plus consommés dans le monde. Vendues au début pour leur vertu anxiolytique, ces substances ont vite été vendues aussi comme somnifères, comme relaxants musculaires et comme anti-convulsivants. Quinze ans après sa mise en marché, le Valium était devenu le médicament le plus vendu dans le monde[3].

Si l'on compare les données d'enquêtes internationales sur l'usage des benzodiazépines, on constate que les femmes consomment de façon constante[8,17,18] davantage de ces substances que les hommes.

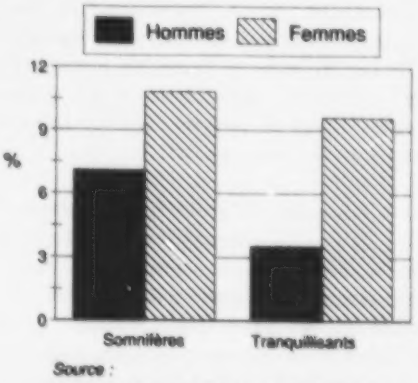
Un examen des dossiers d'un centre de médecine familiale a permis de constater que ce sont les hommes et les femmes âgées qui recevaient le plus d'ordonnances de benzodiazépines; chaque année, environ la moitié de toutes les ordonnances de benzodiazépines étaient destinées à des femmes âgées[19].

### *2.3 Caractéristiques sociales des consommateurs adultes*

Les données des enquêtes sur l'usage des drogues dans la population adulte fournissent des indications sur les caractéristiques sociales liées à des taux élevés d'usage des drogues licites. Ces caractéristiques incluent la place occupée au sein de la main-d'oeuvre active, l'état matrimonial, le revenu, la scolarité et divers facteurs psychosociaux.

Certaines de ces caractéristiques aident à comprendre les taux particulièrement élevés d'usage des drogues licites chez les Canadiens âgés, mais il est difficile, en l'absence de données normalisées selon l'âge, d'expliquer rigoureusement le phénomène à partir de ces informations. L'Enquête Promotion Santé Canada, par exemple, indiquait que les femmes et les hommes retraités enregistraient le taux le plus élevé de consommation de somnifères (environ 20 %)[28].

**Figure 4.**
**Usage des drogues licites dans l'année précédant l'enquête, selon le sexe, Ontario, 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

Parmi les répondants à l'Enquête Promotion Santé de 1985, ce sont les veufs et les veuves qui comptaient la proportion la plus élevée de consommateurs de somnifères (21 %). L'usage des tranquillisants était également le plus élevé chez les veuves (17 %). Ces constatations donnent à entendre que le stress causé par la perte du conjoint peut favoriser le recours aux tranquillisants, mais on ne peut facilement dissocier le veuvage du vieil âge, voire d'une sécurité financière moindre et d'autres problèmes reliés au vieillissement.

En 1985, les hommes et les femmes séparés et divorcés étaient également plus nombreux que les autres à recourir aux tranquillisants, et les célibataires constituaient le groupe de répondants qui comptaient la plus faible proportion de consommateurs de somnifères[28].

Les données de l'Enquête Promotion Santé montrent que la majorité des consommateurs de somnifères et de tranquillisants estiment mener une vie stressante. Sur quatre consommateurs de tranquillisants, trois considèrent que leur vie est stressante, tandis que, chez les consommateurs de somnifères, 57 % sont de cet avis[28]. Le fait de percevoir la vie comme stressante peut être relié à des événements tels que la rupture du mariage, le décès du conjoint et la retraite.

Certaines enquêtes ont montré qu'il existe un lien entre le statut socio-économique et l'usage des drogues licites. L'Enquête Promotion Santé révélait que le taux de consommation des somnifères était plus élevé chez les cols blancs (7 % contre 3 % chez les cols bleus); cette constatation se vérifiait davantage chez les femmes que chez les hommes. Une enquête effectuée en Ontario indiquait l'existence d'un lien significatif entre le statut professionnel et l'usage des tranquillisants; les femmes au foyer, les personnes à la retraite, les étudiants et les chômeurs déclaraient plus souvent faire usage de ce type de médicaments que les personnes ayant un emploi[45].

Le revenu et le niveau de scolarité sont deux facteurs reliés à l'usage des somnifères. L'Enquête Promotion Santé révélait que les femmes dont la scolarité ne dépassait pas le niveau secondaire représentaient le groupe qui enregistrait la proportion la plus élevée de consommateurs de somnifères (11 % contre 6 % pour les répondants ayant fait des études postsecondaires et 9 % pour ceux qui détenaient un diplôme)[28]. Les enquêtes effectuées en Ontario aboutissaient à des résultats similaires et concluaient à l'existence d'un lien entre le revenu et la scolarité, d'une part, et la consommation de somnifères, d'autre part[45]. Il est possible toutefois que cette association soit en grande partie due à l'âge; les Canadiens âgés ont en effet un niveau de scolarité et un revenu moindres.

Selon les résultats de l'Enquête Promotion Santé, l'usage des tranquillisants n'est relié ni au revenu ni au niveau de scolarité[28]. En revanche, une enquête effectuée en Ontario en 1987 révélait l'existence d'un rapport inverse significatif entre la scolarité et l'usage déclaré de tranquillisants, ainsi qu'entre le revenu familial brut et l'usage de ces mêmes substances. L'enquête révélait en effet qu'il y avait, proportionnellement, plus de consommateurs de tranquillisants parmi les répondants ayant une scolarité de niveau élémentaire que chez ceux qui avaient fait des études postsecondaires, et qu'il y en avait également plus chez les répondants ayant un faible revenu que chez ceux qui appartenaient aux tranches supérieures de revenu[45]. Comme pour les somnifères, il est possible que cette association soit en grande partie due à l'âge.

Ni l'Enquête Promotion Santé Canada ni l'enquête effectuée en Ontario auprès de la population adulte n'indiquaient de rapport entre les variables socio-économiques et la consommation de stimulants[28,45].

Chez les francophones, et plus particulièrement parmi les femmes de ce groupe, l'usage des somnifères et des tranquillisants était plus répandu que chez les anglophones[28].

Le Québec et la Colombie-Britannique sont les deux seules provinces qui enregistrent des taux de consommation de somnifères supérieurs à la moyenne nationale. Le Québec et l'Ontario enregistrent les taux les plus élevés d'usage de tranquillisants, soit 9 et 6 % respectivement[28].

L'usage des drogues licites et illicites chez les médecins est une question sur laquelle se sont penchés des chercheurs et des organismes de réglementation professionnelle. Les habitudes de consommation des médecins pendant leurs années de

formation suscitent un intérêt particulier parce qu'elles peuvent être un indice d'un problème ultérieur de consommation abusive.

Une étude effectuée en Ontario auprès de 1 805 résidents et internes portait sur la consommation de diverses drogues licites et illicites parmi les membres de ce groupe[33]. L'usage des somnifères s'est révélé cinq fois et demie plus élevé chez eux que parmi l'ensemble des Canadiens appartenant au même groupe d'âge. Il est possible que ce phénomène soit dû aux horaires chargés auxquels sont astreints les internes et résidents[33].

## 3. L'usage des drogues licites chez les jeunes Canadiens

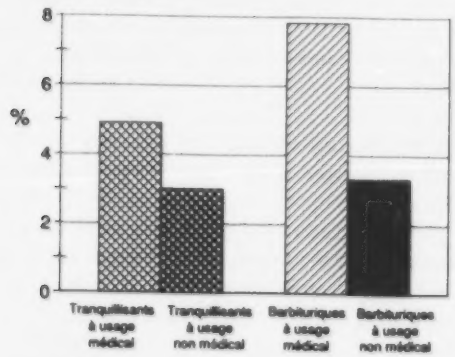
### *3.1 Prévalence et tendances de l'usage*

Contrairement à la plupart des données récemment révisées, les résultats de l'enquête effectuée par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie auprès des élèves de l'Ontario établit une distinction entre l'usage médical et non médical des barbituriques, des stimulants et des tranquillisants[12]. Cette enquête se fondait sur les réponses fournies par les répondants eux-mêmes. Ces derniers, des élèves de la 7e, de la 9e, de la 11e et de la 13e année, devaient indiquer s'ils avaient pris certaines catégories de drogues licites, leur ayant été prescrites ou non par un médecin, au cours de l'année précédente.

En 1987, 8 % des élèves de l'Ontario déclaraient avoir pris des barbituriques, et 5 % des tranquillisants, à des fins médicales. Pour ce qui est de l'usage non médical de ces mêmes substances, le taux correspondant était de 3 % dans un cas comme dans l'autre (voir la figure 5)[12].

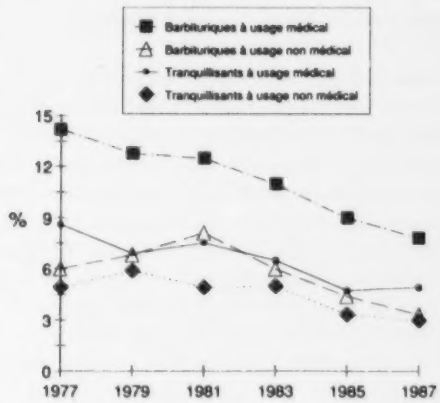
Depuis 1977, l'usage de ces substances est à la baisse[12]. Comme le montre la figure 6, cette tendance à la baisse s'applique à l'usage de ces drogues à des fins médicales comme à des fins non médicales.

**Figure 5.**
**Usage des drogues licites dans l'année précédant l'enquête chez les jeunes de la 7e à la 13e année, Ontario, 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

**Figure 6.**
**Usage des drogues licites dans l'année précédant l'enquête chez les jeunes de la 7e à la 13e année, Ontario, 1977 à 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

### *3.2 Âge et sexe des jeunes consommateurs*

Et l'enquête nationale et l'enquête effectuée en Ontario indiquent que la consommation déclarée de somnifères et de tranquillisants est moindre chez les jeunes que dans les autres groupes d'âge. L'Enquête Promotion Santé Canada, menée auprès de la population de 15 ans et plus, révélait que les membres du groupe le plus jeune, soit les 15 à 24 ans, sont ceux qui enregistrent les taux de consommation les plus faibles[28]. Parmi les jeunes qui ont participé à l'enquête effectuée en Ontario, c'est vers l'âge de 16-17 ans que l'usage de ces drogues atteint son point culminant[12].

Les écarts entre les garçons et les filles dans l'usage des drogues licites ne sont pas significatifs dans l'ensemble. Dans l'enquête effectuée auprès des élèves de l'Ontario, les seuls écarts constatés entre les garçons et les filles, pour ce qui est de l'usage des drogues licites, concernaient l'usage non médical des barbituriques, les garçons déclarant plus souvent que les filles consommer de ces substances[20].

Les tendances indiquent qu'il se produit chez les femmes une diminution significative de l'usage médical des barbituriques, ainsi que de l'usage non médical des tranquillisants, des somnifères et des stimulants.

# DEUXIÈME PARTIE : L'USAGE DES DROGUES ILLICITES

## 4. Les types de drogues illicites et leurs effets

Cette section contient une brève description générale des drogues illicites dont il est question dans la présente monographie. Cette description a pour but de fournir au lecteur une information de base sur les différents psychotropes et certains de leurs effets connus. Pour une description complète des drogues et de leurs effets, le lecteur est prié de consulter l'ouvrage intitulé Drugs and Drug Abuse, 2e édition, publié par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario[2].

### *4.1 Cocaïne*

La cocaïne est le principal alcaloïde du coca, arbrisseau sauvage ou cultivé que l'on trouve un peu partout en Amérique du Sud et en Amérique centrale. Au début du siècle, la cocaïne entrait dans la composition de certaines spécialités pharmaceutiques et boissons thérapeutiques. Plus récemment, on a commencé à l'utiliser à des fins récréatives.

La cocaïne est un puissant stimulant du système nerveux central (SNC) dont l'action est de courte durée. À petites doses, elle est fortement euphorisante et elle accroît l'activité. Parmi les effets positifs signalés, on remarque une sensation de bien-être et une énergie accrue, ainsi qu'une augmentation de la libido[21].

La cocaïne se présente sous deux formes : le chlorhydrate de cocaïne, généralement aspiré par le nez (*snorting*), et la base alcaloïde connue sous le nom de *freebase*. Le "freebase" déjà préparé est maintenant vendu dans la rue sous le nom de *crack*; il se fume généralement. L'absorption de la cocaïne se fait aussi par voie intraveineuse; combinée à l'héroïne, elle prend le nom de *speedball*[3]. En argot, on appelle aussi la cocaïne *coke*, *C*, *poudre*, *neige*, *stardust*.[2]

Contrairement à la plupart des autres drogues, il n'y a pas de dose sûre de cocaïne. Une dose qui n'a entraîné aucun effet négatif à une occasion pourra provoquer une arythmie cardiaque fatale à un autre moment[3].

Cette drogue peut provoquer une accoutumance physique, mais les symptômes de sevrage ne sont pas aussi graves que ceux des autres stimulants[2,3]. Parmi les populations étudiées, on a constaté que peu de gros utilisateurs de cocaïne développent une accoutumance physique; selon une étude effectuée au Canada, 8 % d'entre eux environ ont besoin de traitement. Cependant, certains utilisateurs acquièrent une tolérance et deviennent cocaïnomanes[22].

Bien qu'elle ne produise pas de symptômes physiques graves de sevrage, certains considèrent la cocaïne comme la drogue ayant le plus grand pouvoir toxicomanogène. Plus que tous les autres psychotropes, ses effets extrêmement agréables semblent renforcer l'habitude, provoquer un grand besoin psychologique et mener à l'accoutumance[2,3]. Les décès dus à des surdoses de cocaïne sont de plus en plus fréquents aux États-Unis, et l'on sait que les problèmes de toxicomanie mettant en cause la cocaïne sont à la hausse au Canada[2,23]. La plupart des décès liés à la cocaïne sont dus à une absorption par voie intraveineuse.

La plupart des gros utilisateurs de cocaïne signalent divers symptômes négatifs d'ordre psychologique et physique. De plus, les problèmes psychosociaux sont fréquents chez les gros consommateurs[22,23]. La psychose liée à la cocaïne, qui peut être un effet secondaire d'une forte utilisation, est caractérisée par des hallucinations et des délires qui provoquent parfois un comportement violent[23].

### *4.2 Marijuana (cannabis)*

La marijuana provient d'une variété de chanvre contenant une résine. Originaire de l'Asie, elle est cultivée partout dans le monde. Les glandes de la plante produisent une substance résineuse qui contient des composés appelés cannabinoïdes, dont le plus courant et le plus psychoactif est généralement connu sous le nom de THC (tétrahydrocannabinol)[24].

La marijuana et le haschisch se fument généralement sous forme de cigarette ou dans une pipe. Les cigarettes de marijuana (*joints*) contiennent généralement entre 500 et 750 mg de marijuana. L'huile de haschisch, liquide noir et huileux, est plus puissant, et une seule goutte dans une cigarette de marijuana peut doubler la force de celle-ci[6]. Dans la rue, la marijuana est connue sous des noms fort nombreux, signe de la place importante qu'occupe cette drogue au sein de certaines sous-cultures. Voici quelques-uns de ces noms : *Marie-Jeanne, Acapulco Gold, ace, bhang, Colombien, ganja, herbe, chanvre, Indien, Jamaïcain, joint, Mexicain, Maui Wowie, Panama Red, Panama Gold, pot, reefer, ragweed, sativa, sinsemille, thé, Thai sticks, weed*[2].

Les effets de la marijuana prise à petites doses ne sont pas vraiment spécifiques et dépendent beaucoup de la personne qui en fait usage et du climat dans lequel elle est consommée[25]. En général, les effets aigus de cette substance sont plaisants. Lorsqu'elle est prise à doses faibles ou modérées, elle produit une sensation de bien-être et de relaxation; elle provoque également de la logorrhée et une distorsion sensorielle, et fait disparaître les inhibitions. À plus fortes doses, elle peut produire une distorsion perceptuelle, commune aux hallucinogènes[2]. Les effets négatifs ne sont pas rares et peuvent se produire à l'improviste, même chez les usagers d'expérience. Parmi les intoxications aiguës, on trouve la psychose toxique aiguë, les réactions de panique et les récurrences (*flashbacks*)[24].

La marijuana peut nuire à l'activité motrice et à la mémoire, modifier la notion du temps et le temps de réaction, et limiter le champ d'attention.[7] Elle est parfois associée au syndrome amotivationnel, où l'utilisateur devient extrêmement apathique, non motivé et incapable de réaliser certaines tâches complexes ou qui exigent du temps[24,25].

Les utilisateurs de cannabis deviennent plus sensibles à la drogue après plusieurs administrations; à ce moment-là, une dose plus faible suffit souvent pour provoquer les effets désirés. Par contre, des études portant sur des personnes qui en consomment fréquemment et en grande quantité ont montré qu'une certaine tolérance peut se produire; ces sujets ont alors besoin de doses de plus en plus fortes pour maintenir l'intensité de l'effet souhaité. Cependant, après quelques jours d'abstinence, leur sensibilité originale à la drogue est rétablie. On a constaté un phénomène de dépendance psychologique et un grand besoin de prendre de la drogue chez certains utilisateurs qui consomment régulièrement de fortes doses[2].

On n'a encore réalisé aucune étude auprès de la population en général pour déterminer le taux de réactions négatives graves à la marijuana. Le nombre de personnes souffrant de réactions psychologiques indésirables qui se présentent dans les services de traitement est faible, compte tenu de l'usage apparemment répandu de la drogue au sein de certains groupes. Lors d'études cliniques, on a constaté que, dans 80 % des cas de réactions négatives, les patients avaient associé la marijuana à des hallucinogènes[25].

### *4.3 Hallucinogènes*

Les hallucinogènes sont une catégorie de substances qui entraînent des hallucinations et des distorsions perceptuelles. On les utilise depuis des siècles mais, dans les années 60, un culte s'est développé autour de l'usage expérimental du diéthylamide de l'acide lysergique (LSD). À l'heure actuelle, les principaux hallucinogènes utilisés par les adolescents sont le LSD et la phencyclidine (PCP).

Le LSD est le plus puissant des hallucinogènes connus. C'est une drogue de synthèse produite dans des laboratoires clandestins. Même à doses infimes (de 50 à 100 microgrammes), il peut produire de fortes perturbations psychologiques, comme des hallucinations visuelles, des synesthésies (sensations inappropriées), des distorsions de l'image du corps, du

temps et de l'espace, et des impressions de profonde introspection. Les expériences peuvent procurer un certain plaisir et être perçues comme permettant l'exploration de l'esprit lui-même. Mais elles peuvent aussi se révéler extrêmement mauvaises et angoissantes; c'est ce que l'on appelle un *mauvais voyage* (bad trip). Enfin, on a signalé de brefs épisodes de psychose chez une minorité d'utilisateurs.

Les effets de l'utilisation prolongée comprennent des récurrences (*flashbacks*), le syndrome amotivationnel et des périodes prolongées de psychose. Aucun décès n'a été directement attribué à une surdose de LSD, mais des cas de suicide dû à une intoxication au LSD ont été signalés.

Le LSD est dilué dans d'autres substances, car la dose requise est extrêmement faible. Il se présente en capsules, comprimés, solutions, feuilles gélatineuses et papier buvard. Il est généralement pris par voie orale , mais il peut aussi être administré par injection ou inhalation. En argot, on l'appelle *acide, barrels, buvards, California sunshine, cube, domes, flats, frogs, lids, wedges, window pane*.

La phencyclidine (PCP) a tout d'abord été utilisée comme anesthésique chez l'homme, mais on a abandonné cet usage à cause de ses effets secondaires. Cette substance, qui a des propriétés stimulantes et dépressives, produit des modifications perceptuelles semblables à celles qu'entraîne le LSD, ainsi que des sensations d'euphorie.

Le PCP produit aussi des effets psychologiques très négatifs, notamment la paranoïa, l'agitation, la désorientation et l'aliénation, même à petite dose et chez des utilisateurs d'expérience. Comme le LSD, le PCP est produit dans des laboratoires clandestins; il est parfois pris avec le LSD ou en combinaison avec la marijuana. Le PCP est une poudre blanche cristalline. Il se vend sous forme de poudre ou de comprimés et peut être fumé, ingéré ou injecté. Souvent, il est faussement présenté comme de la méthamphétamine ou *speed*. Il existe plusieurs noms d'argot pour le PCP : *poussière d'ange, cristal, hog, Peace Pill, tranquillisant pour chevaux*. (Remarque : les amphétamines sont étudiées dans la première partie du présent rapport.)

Enfin, le PCP ne semble pas produire de dépendance physique, mais les utilisateurs déclarent en ressentir un grand besoin lorsqu'ils sont incapables de s'en procurer. On a signalé des décès et des cas de surdose, caractérisés par un coma, des convulsions et une insuffisance respiratoire.

### *4.4 Héroïne*

L'héroïne est un puissant stupéfiant à effet analgésique, dérivé de la morphine. Elle a aussi de puissantes propriétés euphorisantes et, de tous les stupéfiants, c'est elle qui a le plus grand pouvoir de provoquer la dépendance. En Amérique du Nord, le mode d'administration le plus répandu est l'injection, bien que cette substance puisse être fumée ou s'administrer par inhalation ou par voie orale. Il existe de nombreux termes d'argot pour désigner l'héroïne, notamment *dust, horse, junk, smack, scag, black tar*.

L'héroïne est une poudre blanche cristalline et soluble. Pour la vente clandestine, elle est mélangée à des substances telles que du lactose, du dextrose ou de la quinine. Une très petite quantité d'héroïne est fabriquée à des fins médicales; la majorité de la production est préparée dans des laboratoires clandestins.

L'utilisation régulière entraîne rapidement la tolérance, et des doses de plus en plus fortes sont requises pour obtenir les effets désirés. La personne qui utilise depuis longtemps de fortes doses d'héroïne atteint un "plateau" où aucune dose ne peut produire les effets recherchés; à ce moment-là, l'utilisateur continue de prendre la drogue pour éviter les symptômes de sevrage.

Malgré l'image dramatique qu'ont donnée les médias du sevrage chez les héroïnomanes, celui-ci est rarement mortel et ressemble à un cas grave d'influenza. Des héroïnomanes à qui on a administré quotidiennement de l'héroïne sous surveillance médicale n'ont eu aucune réaction physique ou psychologique négative due à la drogue. Cependant, de nombreux effets indésirables de l'héroïne découlent du mode de vie de l'héroïnomane et des modes d'administration de la drogue.

Les risques de décès dû à une surdose sont élevés chez les utilisateurs de cette drogue de rue, car sa

qualité et sa disponibilité varient grandement. La mise en commun des seringues, qui est une pratique courante, fait que l'héroïnomane est extrêmement exposé à contracter certaines maladies comme l'hépatite et le sida.

### *4.5 Substances volatiles*

Il existe un grand nombre d'agents volatils, domestiques ou industriels, qui peuvent être utilisés comme psychotropes. Les plus courants sont les hydrocarbures volatils du pétrole et du gaz naturel[2]. Voici quelques exemples de ces substances : colles, diluants de peinture, essence, cirage à chaussures, gras végétal anti-adhésif en aérosol, agents extincteurs d'incendie, antisudorifiques et dilatateurs des artères coronariennes[26]. En argot, on les appelle *colle*, *gaz* et *sniff*.

La méthode d'utilisation la plus courante consiste à placer la substance dans un sac de papier ou de plastique et à renifler les inhalations. Cela se fait surtout en groupe. Les agents peuvent aussi être reniflés directement de leur contenant[26].

Les agents volatils agissent comme dépresseurs du système nerveux central; à petites doses, leurs effets sont semblables à ceux des sédatifs et, à plus fortes doses, à ceux des anesthésiques[2,26]. Les symptômes, progressifs et liés à la dose, comprennent des nausées, de la désorientation, une perte des inhibitions et un sentiment d'invulnérabilité; ils s'accompagnent souvent de comportements bizarres[2,26]. Les doses fortes produisent une dépression plus marquée du SNC qui peut entraîner un arrêt cardio-respiratoire[26].

La dépendance psychologique aux agents volatils est répandue, mais la dépendance physique, résultat d'une utilisation prolongée, n'a jamais été clairement démontrée[2]. Les intoxications aiguës ont provoqué des décès, généralement causés par une arythmie cardiaque grave ou par la suffocation, l'utilisateur ayant perdu connaissance pendant que sa tête était recouverte d'un sac de plastique[2]. On a aussi constaté des cas de "mort subite due aux inhalations". Des données ont clairement montré que l'inhalation chronique de solvants provoque des lésions cérébrales[2].

L'inhalation de substances volatiles est très répandue chez les jeunes adolescents[26,27]. Ces agents attirent les jeunes utilisateurs à cause de la rapidité de leur effet, l'euphorie qu'ils produisent, leur coût peu élevé et la facilité avec laquelle ils peuvent se les procurer.

## 5. L'usage des drogues illicites chez les Canadiens adultes

### *5.1 Prévalence et tendances de l'usage*

Des études ont été réalisées, tant à l'échelle nationale que provinciale, sur la prévalence de l'usage de l'alcool et des drogues au Canada. Il s'agit d'enquêtes transversales qui permettent de se faire une idée de l'usage actuel de ces produits par différents groupes. Nous possédons peu de données relatives à l'ensemble du Canada, et nous n'en avons pas du tout au sujet des tendances nationales. Comme toutes les enquêtes reposent sur des auto-estimations, il faut s'attendre à un certain degré de sous-déclaration, dont il est impossible de déterminer l'ampleur. De plus, comme les questions et les méthodes de collecte des données et d'échantillonnage diffèrent d'une enquête à l'autre, il est très dangereux d'essayer de faire des comparaisons et des généralisations.

L'Enquête Promotion Santé Canada a été réalisée en 1985 par Statistique Canada, pour le compte de Santé et Bien-être social Canada. Dans le cadre de cette enquête, on a recueilli des données sur les attitudes et les comportements d'environ 11 000 Canadiens de 15 ans et plus, en matière de santé. Ces données ont été recueillies lors d'interviews téléphoniques, les numéros des répondants ayant été choisis au hasard dans les dix provinces et au Yukon. Toutes les données contenues dans le présent rapport sont fondées sur les réponses fournies; elles reflètent l'usage des drogues au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, d'après les rapports verbaux des répondants eux-mêmes[28].

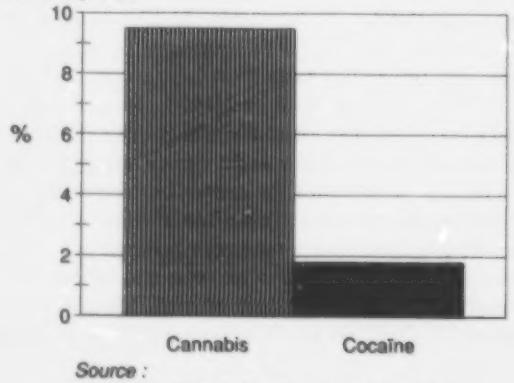
L'Enquête Promotion Santé a permis de recueillir des données sur l'usage, au sein de la population canadienne, de la marijuana ou du haschisch (6 %), de la cocaïne (moins de 1 %) et des stimulants (2 %), au cours des 12 mois précédents.

On possède aussi des données d'enquête[12] sur l'usage des drogues, établies à partir des rapports verbaux, chez les adultes de l'Ontario âgés de 18 ans et plus (voir la figure 7)[12]. Bien que les données relatives à l'Ontario datent de 1987, on y constate des taux d'utilisation plus élevés que ceux signalés lors de l'Enquête Promotion Santé, en ce qui concerne le cannabis (10 %) et la cocaïne (2 %). La majorité des utilisateurs avaient consommé ces deux drogues moins d'une fois par mois, et 6 % seulement des répondants avaient déjà consommé de la cocaïne.

Selon une enquête effectuée en 1982 auprès du personnel des Forces canadiennes, 14 % des répondants avaient consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents. Les taux d'utilisation étaient légèrement plus élevés que ceux constatés dans la population civile et beaucoup plus bas que ceux déclarés par le personnel des forces armées des États-Unis[29].

Il existe très peu de données au sujet de la consommation des drogues illicites chez les autochtones. Dans une enquête, cependant, on a constaté des taux d'utilisation beaucoup plus élevés parmi ce groupe qu'en Ontario ou que dans l'ensemble du Canada. Lors d'une enquête réalisée auprès des autochtones adultes de la Saskatchewan, 56 % des répondants ont déclaré avoir fait usage de solvants, d'alcool non potable, de drogues de la rue et de médicaments en vente libre et de prescription au cours de l'année précédente. La majorité des drogues consommées (60 %) étaient des drogues de la rue (illicites), et 11 % des adultes ont déclaré faire usage de solvants. Enfin, 27 % des répondants ont admis qu'ils faisaient régulièrement usage de drogues au moins une fois par semaine[30].

**Figure 7.**
**Usage des drogues illicites dans l'année précédant l'enquête chez les adultes de 18 ans et plus, Ontario, 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

Le phénomène de la polytoxicomanie dans la population canadienne n'est que partiellement décrit, et l'on ne fait pas de distinction entre les drogues illicites et les médicaments de prescription (licites). Par exemple, dans l'Enquête Promotion Santé Canada, de 1985, un Canadien sur 20 âgé de 15 ans et plus, déclare avoir consommé plus d'une drogue au cours des 12 mois précédents[28].

On sait que les consommateurs de cocaïne sont souvent des polytoxicomanes[11,28,31]. Lors de l'enquête faite auprès du personnel des Forces canadiennes, 4 % des répondants ont déclaré faire usage de plus d'une drogue. On a constaté un rapport entre l'usage non médical des drogues et la consommation d'alcool, en particulier pour ce qui est du volume d'alcool consommé[12]. On possède également une somme importante de données au sujet de la corrélation marquée qui existe entre la consommation d'alcool et l'usage du tabac[28].

Ces estimations de la prévalence sont extrêmement approximatives et varient beaucoup, en raison de la nature et de la diversité des méthodes d'enquête utilisées. Néanmoins, il semble qu'on puisse raisonnablement conclure qu'une minorité plutôt faible de Canadiens d'âge adulte fait usage de drogues illicites, et qu'une proportion encore plus mince en consomme régulièrement. Cependant, comme on le verra dans la section suivante, ces utilisateurs ne sont pas distribués uniformément dans la population, mais plutôt concentrés dans certains groupes démographiques.

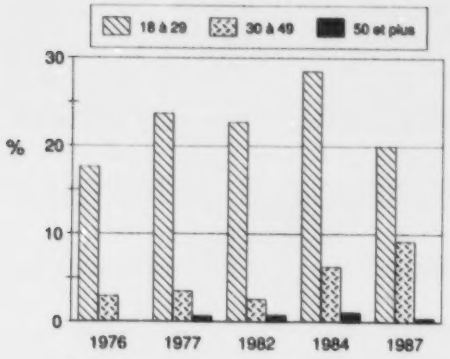
Comme dans le cas des drogues licites, les données sur les tendances relatives à la consommation des drogues illicites sont rares. Des sondages sur l'usage du cannabis chez les Canadiens adultes, réalisés par Santé et Bien-être social Canada, ont révélé des taux d'utilisation de 10 % en 1978, 11 % en 1980 et 10 % en 1981[51]. Quant aux résultats de l'Enquête Promotion Santé, ils indiquent que le taux de consommation du cannabis est tombé à 6 % en 1985[28]. Ces résultats laissent croire à une stabilisation de l'usage, suivie d'une baisse, mais ils doivent être interprétés avec prudence, car les méthodes d'enquête utilisées ne sont pas uniformes. Ces constatations sont cependant conformes aux changements déclarés par les répondants au sujet de leurs habitudes de consommation : selon l'Enquête Promotion Santé, environ la moitié de tous les utilisateurs de drogues ont dit avoir réduit leur consommation au cours des 12 mois précédents, tandis que plus de la moitié des consommateurs de cannabis, surtout les hommes, ont déclaré en consommer moins[28].

Entre 1977 et 1987, au cours de sondages répétés auprès de la population adulte de l'Ontario, on a constaté peu de changement, sauf lors du tout dernier sondage, lequel laisse croire à une faible baisse tant chez les hommes que chez les femmes[45].

Cette série de sondages faits en Ontario vient en quelque sorte appuyer l'opinion selon laquelle de nombreux consommateurs de cannabis abandonnent cet usage lorsqu'ils prennent de l'âge. Comme on l'a déjà indiqué, ces sondages ont montré que l'usage du cannabis est beaucoup plus répandu chez les sujets de moins de trente ans. La faible prévalence constatée chez les personnes de plus de trente ans donne à entendre que bon nombre d'usagers de ces âges abandonnent cette habitude. Cependant, une baisse récente des taux de consommation de cannabis chez les jeunes adultes, accompagnée d'une hausse proportionnelle de ces mêmes taux chez les sujets de trente ans et plus, laisse croire à "un effet de cohorte"[45]. À mesure que vieillit la cohorte dont les membres étaient les plus gros consommateurs, certains d'entre eux abandonnent le cannabis, tandis que les autres continuent d'en faire usage. Dans la cohorte des moins de 30 ans, la proportion des jeunes qui commencent à faire usage de cannabis n'est pas aussi élevée qu'elle l'était parmi ceux qui forment maintenant les plus de 30 ans (voir la figure 8).

Pour l'ensemble de l'échantillon de l'Ontario, la proportion de répondants ayant déjà fait usage de cocaïne a subi une hausse entre 1984 (3,3 %) et 1987 (6,1 %). Cela semble en grande partie dû à un usage à titre expérimental, car les taux de consommation au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête n'ont pas changé[11] (tableau 1). Le taux de consommation chez les hommes n'a subi aucun changement significatif entre 1984 et 1987, bien que le taux d'usage chez les femmes ait subi une hausse importante au cours de cette même période[45].

**Figure 8.**
**Usage du cannabis chez les adultes de 18 ans et plus, selon l'âge, Ontario, 1976 à 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

### *5.2 Comparaisons internationales*

Les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé nous fournissent des données de comparaison sur les toxicomanies dans un certain nombre de pays. Cependant, en raison de la qualité et de l'accessibilité très variables de ces données, l'OMS prévient les intéressés que les chiffres fournis ne doivent pas être considérés comme des estimations fiables de l'ampleur de l'usage des drogues dans le monde, mais plutôt comme des données préliminaires découlant de l'information disponible[32].

Sur le plan de la consommation d'héroïne (environ 0,5 usager par 1 000 habitants), le Canada se situe dans la catégorie de la consommation modérée, avec plusieurs pays européens comme la Suède et l'Allemagne de l'Ouest. La consommation rapportée par les pays de l'Asie du Sud-Est place également ces derniers dans cette catégorie.

Selon les rapports, c'est de 1975 à 1980 que l'usage de la cocaïne a été le plus répandu dans les Amériques. Certains pays, comme le Pérou, comptent un grand nombre d'habitants qui mâchent des feuilles de coca, tandis qu'au Canada et aux États-Unis, il s'agit d'une consommation abusive de cocaïne. Dans les Amériques, seuls le Canada et le Brésil se classent dans la catégorie de la consommation modérée, quant à la proportion des usagers[16].

Le mode d'établissement des statistiques relatives à la consommation de cannabis varie considérablement en ce qui concerne, par exemple, la manière de présenter les réponses fournies et la définition de l'usage abusif. Ce sont donc les données sur lesquelles on peut le moins se fier. Il semble cependant que le cannabis soit la drogue illicite la plus largement utilisée dans le monde. Vingt-cinq pays se sont classés dans la catégorie de la consommation très répandue, avec le Sénégal en tête. Aux États-Unis, le nombre d'utilisateurs a été estimé à 103 par 1 000 habitants. Le Canada se classe lui aussi dans la catégorie de la consommation très répandue.

Toujours selon ces rapports, l'usage des hallucinogènes dans le monde entier est faible. De tous les pays qui ont fourni des données aux Nations Unies, seuls les États-Unis et les Îles Cayman ont déclaré une consommation très répandue, tandis que trois pays seulement, le Canada, l'Australie et la Suisse, ont signalé une utilisation modérée[32].

La plupart des utilisateurs d'amphétamines dans le monde semblent se trouver aux États-Unis et au Japon. Mais, comme dans le cas du cannabis, les données relatives à cette drogue ne sont pas très fiables, car certains pays n'ont aucun moyen de savoir s'il y a abus de cette drogue chez eux, tandis que

**Tableau 1.**
**Fréquence de la consommation de cocaïne durant la vie, d'après les réponses fournies, chez les adultes, Ontario, 1984 et 1987 .**

| Fréquence de l'usage | 1984 % | 1987 % |
|---|---|---|
| Jamais au cours des 12 derniers mois | 46,1 | 68,6 |
| Moins d'une fois par mois | 41,0 | 26,2 |
| Une fois par mois | 6,2 | 1,4 |
| 2 ou 3 fois par mois | 6,8 | 0 |
| Une fois par semaine | 0 | 1,4 |
| 2 à 5 fois par semaine | 0 | 2,2 |
| Tous les jours | 0 | 0 |

*Source :* Fondation de la recherche sur la toxicomanie

**Tableau 2.**
**Comparaison de l'ampleur de l'abus des drogues, selon le pays, 1975 à 1980.**

| PAYS | héroïne | cocaïne | cannabis | halluci-nogènes | amphé-tamines | barb./ tranquil. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Canada** | **2** | **2** | **1** | **2** | **1** | **1** |
| **États-Unis** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** |
| Brésil | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| **Argentine** | **4** | **1** | **2** | **3** | **3** | **2** |
| Mexique | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| **Suède** | **2** | **3** | **1** | **4** | **2** | **3** |
| France | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| **G.-Bretagne** | **3** | **3** | **2** | **3** | **3** | **3** |
| Australie | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| **Italie** | **1** | **3** | **1** | **3** | **3** | **3** |
| Japon | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 |

**Clé: nombre d'utilisateurs dans la population**
**1**= consommation très répandue > 1:1 000; **2**= consommation modérée < 1:1 000 à 1:10 000;
**3**= faible consommation < 1:10 000 ou estimation verbale; **4**= aucune consommation ou aucune consommation déclarée

*Source* : Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, 1983

d'autres ont des façons différentes de définir l'abus et de déterminer sa prévalence.

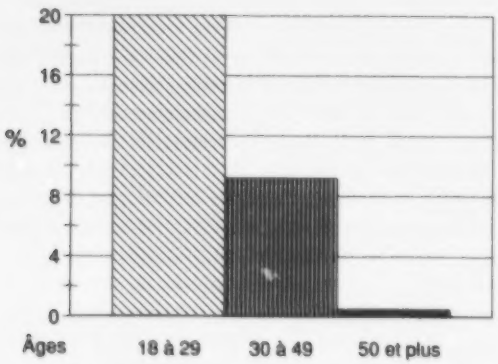
Il existe très peu de données globales fiables au sujet des barbituriques et des tranquillisants. Les données recueillies à la suite des arrestations ne concernent qu'un petit échantillon du nombre total de ceux qui pourraient faire un usage abusif de ces drogues. Si l'on se fie aux données existantes, c'est en Amérique du Sud et du Nord qu'on a signalé la plus forte consommation abusive. Notons, cependant, que seuls le Canada, les États-Unis et le Mexique ont fourni des données recueillies lors d'enquêtes-ménages ou d'enquêtes portant sur la consommation de ces médicaments délivrés sur ordonnance. Il est possible que des enquêtes semblables menées dans d'autres pays révèlent des taux d'abus comparables.

### *5.3 Âge et sexe des consommateurs adultes*

Malgré les différences sur le plan des méthodes utilisées et des populations étudiées, toutes les enquêtes dont nous avons analysé les résultats ont révélé un rapport inverse entre l'âge, d'une part, et l'usage de la marijuana et de la cocaïne, d'autre part. À mesure que les sujets avancent en âge, l'usage diminue[28,29,45]. Cependant, dans la série d'enquêtes effectuées en Ontario, on constate certains signes d'un "effet de cohorte" qui donnerait lieu à une augmentation proportionnelle de l'utilisation à mesure que vieillissent les membres de la cohorte 1938-1957[45].

L'Enquête Promotion Santé Canada a révélé que l'usage du cannabis est plus répandu chez les sujets de 20 à 24 ans (14 %)[28]. L'usage déclaré est aussi très élevé parmi le groupe des 25 à 34 ans (9 %). De la même manière, l'enquête menée en Ontario a montré que l'usage du cannabis et de la cocaïne est très répandu chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans. On

**Figure 9.**
**Usage du cannabis dans l'année précédant l'enquête chez les adultes de 18 ans et plus, selon l'âge, Ontario, 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

peut voir à la figure 9 les données relatives à l'usage du cannabis chez les adultes de l'Ontario, selon le groupe d'âge[45].

Bien que les méthodes utilisées lors des différentes enquêtes soient différentes, comme d'ailleurs, les pourcentages d'utilisation déclarée, les données d'enquête révèlent généralement des taux d'utilisation des drogues illicites plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Selon l'Enquête Promotion Santé Canada, par exemple, la consommation de cannabis, de cocaïne et de stimulants est rapportée plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Environ deux fois plus d'hommes (7 %) que de femmes (4 %) déclarent avoir fait usage de cannabis au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Cet usage plus répandu chez les hommes se retrouve dans tous les groupes d'âge. Les pourcentages relatifs aux utilisateurs de cocaïne sont beaucoup plus bas, moins de 1 % des hommes et des femmes ayant déclaré en avoir fait usage[28].

L'enquête faite en Ontario en 1987 a aussi montré que les hommes sont beaucoup plus nombreux à déclarer faire usage de cannabis et de cocaïne[45]. Des taux d'utilisation plus élevés chez les hommes que chez les femmes ont aussi été constatés lors de l'enquête auprès des Forces canadiennes[29].

### *5.4 Caractéristiques sociales des consommateurs adultes*

Sur le plan des facteurs socio-économiques qui influent sur l'usage des drogues illicites, l'Enquête Promotion Santé Canada et les études réalisées en Ontario ont donné lieu à des constatations quelque peu différentes. Ni l'une ni l'autre de ces enquêtes n'a établi de rapport précis entre l'usage des drogues illicites et le revenu[28,45]. De la même manière, on n'a pu établir de lien entre le revenu et la consommation de cannabis ou de cocaïne. Le fait d'avoir un revenu faible ne semble pas être un obstacle à l'usage de la cocaïne[45].

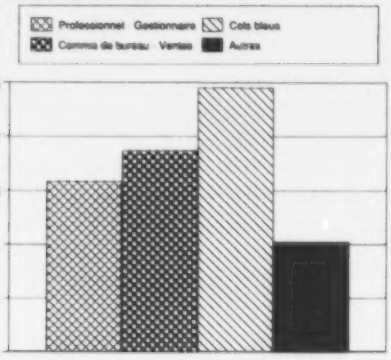
L'enquête menée en Ontario montre cependant un rapport entre le niveau de scolarité et l'usage des différentes drogues illicites, la consommation de cannabis et de cocaïne étant moins répandue chez les répondants moins scolarisés[45]. Quant à l'Enquête Promotion Santé Canada, elle a permis de constater que l'usage du cannabis était plus répandu chez les répondants qui avaient fait des études postsecondaires; en effet, 10 % d'entre eux en avaient fait usage au cours des 12 mois précédents, par rapport à 5 % des répondants qui avaient fait des études secondaires ou avaient quitté l'école avant, et 6 % chez les diplômés d'université. Cependant, comme ces taux ne sont pas normalisés selon l'âge, il est possible que le niveau de scolarité ne puisse, à lui seul, expliquer ce phénomène.

Comme on peut le constater à la figure 10, l'Enquête Promotion Santé et l'enquête réalisée en Ontario ont toutes deux mis en évidence des taux plus élevés de consommation de cannabis chez les cols bleus.

Lors de l'Enquête Promotion Santé, c'est chez les célibataires qu'on a constaté les taux les plus élevés de consommation de cannabis (14 %) et de cocaïne (2 %) en 1985. La consommation déclarée de cannabis était aussi plus élevée chez les répondants qui cherchaient un emploi (12 %) et chez les anglophones (7 %); chez les francophones, ce taux était de 3 %.

Les données relatives au personnel des Forces canadiennes ont aussi montré que les répondants célibataires et ceux qui avaient fait des études secondaires étaient plus nombreux à faire usage de

**Figure 10.**
**Usage du cannabis dans l'année précédant l'enquête chez les adultes de 18 ans et plus, selon la profession, Ontario, 1987.**




*Source:*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

cannabis. Par contre, toujours selon cette enquête, les francophones étaient légèrement plus nombreux à déclarer consommer du cannabis[29].

Bien que ces enquêtes n'aient pas porté sur les facteurs psychologiques, l'Enquête Promotion Santé a établi que les taux de personnes qui trouvent la vie *très* stressante ou *assez* stressante sont plus élevés chez les utilisateurs de cocaïne, de cannabis et de stimulants que dans la population en général[28]. Quant à l'enquête sur les Forces canadiennes, elle a révélé que les taux de comportements socialement perturbateurs étaient plus élevés chez les consommateurs de drogues que chez les non-consommateurs. Deux pour cent des répondants ont déclaré avoir travaillé alors qu'ils étaient sous l'influence des drogues au cours des 12 mois précédents[29].

Comme nous l'avons vu dans la Première partie, l'intérêt pour les drogues manifesté par certains médecins s'étend aux drogues illicites. Cependant, les données qui existent sur le sujet portent à croire que, s'il y a problème, celui-ci est très peu répandu.

- De 1974 à 1978, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a recueilli des données sur l'usage des opiacés chez les médecins de la province; on a établi que 2,8 médecins sur 1 000 s'adonnaient à cette pratique. Chez les médecins des États-Unis, ce taux est de 4,9 médecins pour 1 000[33].

Une étude réalisée en Ontario auprès des internes et des résidents a montré que l'usage des drogues illicites parmi ce groupe était le même que dans la population en général lorsque l'on comparait les mêmes groupes d'âge[33]. Cependant, l'usage de la marijuana et de la cocaïne par les femmes internes et les résidentes était plus répandu que chez les femmes de la population en général. Les habitudes des femmes médecins à cet égard correspondaient davantage à celles de leurs collègues de sexe masculin.

Parmi les médecins qui faisaient usage d'opiacés, les plus nombreux étaient les omnipraticiens de sexe masculin, mariés. Ils étaient plus nombreux à déclarer souffrir de stress provenant de différentes sources (douleurs, surménage, problèmes financiers et conjugaux)[33]. Dans l'ensemble, ils commencent à faire usage d'opiacés vers l'âge de 35 ans et les problèmes associés à cette habitude se manifestent quelque trois ans plus tard.

Ces constatations sont confirmées par les données recueillies par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie au sujet de l'usage des drogues chez les médecins de l'Ontario[33]. Parmi ces médecins, les plus nombreux à consommer des drogues sont des hommes de race blanche, d'environ 45 ans, qui font de la médecine familiale dans une petite ville. Il semble que l'isolement, ainsi que la pression et la tension affective qui accompagnent l'exercice de la médecine, soient des facteurs qui favorisent la consommation de drogues.

### *5.5 Attitudes des adultes à l'égard de l'usage des drogues*

Selon les résultats de l'Enquête Promotion Santé, les deux tiers des Canadiens estimaient en 1985 que l'usage occasionnel de la marijuana peut nuire à la santé physique et mentale.[28] Ceux qui font usage de cannabis sont cependant moins nombreux à reconnaître les effets négatifs de l'usage occasionnel, mais ils ne sont pas plus nombreux à dire qu'il ait des effets bénéfiques. L'effet le plus fréquemment anticipé est la perte de mémoire ou les dommages au cerveau (par 30 % des non-consommateurs et 16 % des consommateurs). Deux pour cent seulement des consommateurs, par rapport à 14 % des non-consommateurs, croient que l'usage occasionnel de

cannabis peut mener à la consommation de drogues dures ou à l'accoutumance à ces drogues.

Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer sur une échelle l'importance de l'intervention de l'État face à un certain nombre de questions sociales, les Canadiens adultes ont placé l'usage des drogues au second rang, après la prévention des accidents de la route. Les trois quarts des personnes interrogées dans le cadre de l'Enquête Promotion Santé estimaient que l'action gouvernementale dans le domaine des toxicomanies est "très importante"; pour les problèmes liés à l'alcool, le taux correspondant était de 70 %, et il était de 54 % pour le tabac.

### *5.6 Morbidité reliée à l'usage des drogues*

Très peu de recherches ont été faites en vue de quantifier les effets des drogues illicites sur la santé. Certains dossiers d'hospitalisation contiennent des diagnostics d'abus d'alcool et d'autres drogues, mais ils sont très peu nombreux. Il est probable qu'un diagnostic primaire de toxicomanie ne soit attribué qu'à une proportion seulement des personnes admises à l'hôpital pour des troubles liés à l'usage des drogues.

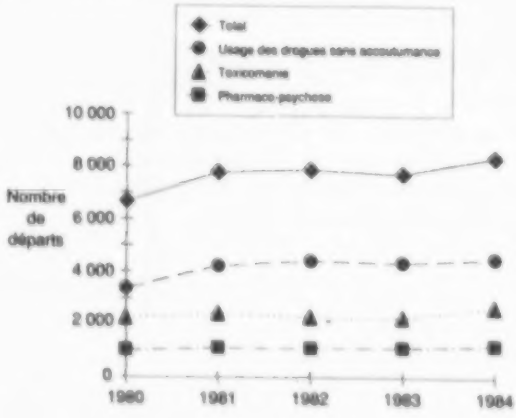
Tout en gardant à l'esprit les limites de cette source de renseignements, on peut considérer que les départs de l'hôpital de personnes ayant reçu un diagnostic primaire d'abus des drogues sont une certaine indication de l'ampleur de la morbidité liée à la consommation des drogues. Comme il ne s'agit que des cas où le diagnostic primaire est l'abus des drogues, l'estimation qu'on peut en tirer de l'ampleur de la morbidité attribuable aux drogues reste modeste.

On peut voir à la figure 11 le nombre de personnes qui ont quitté les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux après y avoir été hospitalisées pour abus de drogues de 1979-1980 à 1983-1984. Il est à noter que ces départs ne concernent pas seulement les cas d'abus de drogues illicites, mais aussi les cas d'abus de médicaments de prescription (les départs de personnes hospitalisées pour des problèmes liés à l'alcool sont cependant exclus). Les données ne concernent pas le nombre de patients, mais plutôt le nombre de départs d'hôpitaux, pour chaque année recensée[34]. Un même patient peut avoir été hospitalisé plusieurs fois.

Entre 1979-1980 et 1983-1984, on a constaté une augmentation graduelle du nombre total de diagnostics-congés liés à l'abus des drogues. Au cours de ces cinq années, l'augmentation du nombre de diagnostics-congés de pharmaco-psychose et de toxicomanie a été de l'ordre de 17 %. Il s'agit là des cas d'abus des drogues les plus graves, souvent liés à la consommation de deux ou de plusieurs drogues. La plus forte augmentation (33 %) constatée au cours de cette période concerne les cas d'abus des drogues sans assuétude. En effet, tout au long de cette période, c'est le nombre de personnes hospitalisées non parce qu'elles avaient développé une dépendance à l'endroit d'une drogue, mais parce qu'elles consommaient des drogues d'une manière nuisible à leur santé, qui a accusé la plus forte augmentation[34].

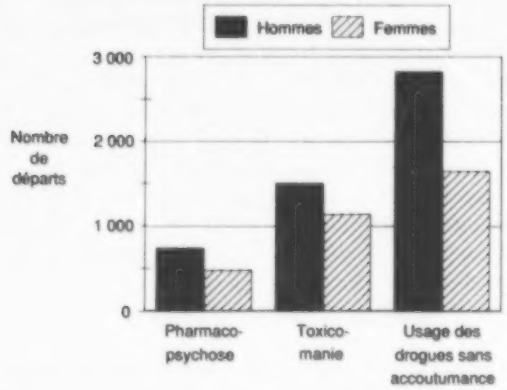
Selon certains critères, le nombre réel de départs de patients hospitalisés pour abus des drogues est relativement faible. En 1983-1984, le nombre total de diagnostics-congés liés à l'abus des drogues au Canada, pour toutes les drogues, était de 8 332. En 1984, pour la ville de New York seulement, le nombre d'admissions pour traitement de l'accoutumance à la cocaïne, comme principale drogue en cause, était de 3 159, ce qui constituait une augmentation de 63 % par rapport à l'année précédente; pour les neuf premiers mois de cette même année, le nombre d'admissions pour traitement de l'héroïnomanie dans une seule unité de désintoxication était de 10 583[35].

**Figure 11.**
**Départs de patients traités pour troubles reliés à l'usage des drogues, hôpitaux généraux et psychiatriques, 1979-1980 à 1983-1984.**




*Source :* Statistique Canada

**Figure 12.**
**Départs de patients traités pour des troubles reliés à l'usage des drogues, hôpitaux généraux et psychiatriques, selon le sexe, 1983-1984.**




*Source :* Statistique Canada

On peut voir aux figures 12 et 13 le nombre de départs d'hôpitaux selon le sexe et l'âge. Pour chaque catégorie de diagnostic d'abus des drogues, le nombre de départs est plus élevé pour les hommes que pour les femmes. C'est chez le groupe des 25 à 34 ans que l'on constate le plus grand nombre de départs de personnes hospitalisées pour abus des drogues ou un problème d'assuétude. Chez les jeunes de 19 ans et moins, la majorité des départs concernaient des cas d'abus des drogues sans assuétude. Cependant, c'est chez les sujets de 45 à 64 ans qu'on remarque le plus grand nombre de diagnostics-congés liés à l'abus des drogues sans assuétude.

Les données de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario montrent une augmentation marquée de la proportion des admissions liées à l'usage de la cocaïne comme principal problème; cette proportion est passée de 1 % en 1979 à 10 % en 1984. Il semblerait qu'un plus grand nombre de consommateurs de cocaïne cherchent à se faire traiter, surtout ceux qui s'administrent cette drogue par voie intraveineuse[23].

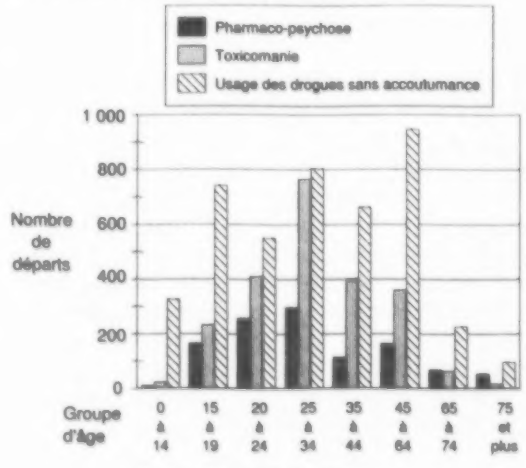
### *5.7 Condamnations pour infractions liées aux drogues*

Les données au sujet des condamnations pour des infractions liées aux drogues illicites fournissent certaines indications sur l'ampleur des mesures d'application de la loi prises par le Canada pour contrer l'activité illicite entourant les drogues. Le nombre des condamnations et des sentences imposées permet de juger de la réaction d'une société face à l'usage des drogues illicites, mais il n'est qu'un indicateur indirect de l'ampleur réelle de la consommation de ces substances.

Selon les statistiques recueillies par le Bureau des drogues dangereuses de Santé et Bien-être social Canada, il y a eu, en 1985, 22 510 condamnations pour possession ou trafic de cannabis, 2 218 pour la cocaïne, 256 pour l'héroïne et 1 557 pour les hallucinogènes[36].

Entre 1980 et 1985, le nombre des condamnations pour possession ou trafic de cannabis a baissé substantiellement. Dans la majorité des cas, il s'agissait simplement de possession, pour laquelle la peine imposée se limitait le plus souvent à une amende. Le nombre des condamnations liés à la cocaïne a augmenté au cours de cette même période;

**Figure 13.**
**Départs de patients traités pour des troubles reliés à l'usage des drogues, hôpitaux généraux et psychiatriques, selon l'âge, 1982-1983.**




*Source :* Statistique Canada

comme pour le cannabis, il s'agissait, dans environ les deux tiers des cas, de simple possession, pour laquelle la plupart des accusés ont été condamnés à une amende. Le nombre des condamnations pour délits relatifs aux hallucinogènes a aussi subi une baisse; dans ces cas, la peine la plus fréquemment imposée était l'amende, pour simple possession, et une année de prison ou moins pour le trafic. Le nombre des condamnations pour simple possession d'héroïne est resté stable; dans ce cas, la sentence la plus fréquente était l'emprisonnement. Enfin, le nombre des condamnations pour trafic d'héroïne a baissé quelque peu; l'emprisonnement pour une période d'un an ou plus était la sentence la plus fréquente dans ces cas[36].

On constate des tendances similaires dans le Rapport annuel national sur les drogues 1986-1987, qui contient le nombre des personnes accusées par la GRC de délits relatifs aux drogues seulement. L'ensemble des accusations relatives au cannabis a subi une baisse entre 1982 et 1986 (16 288 et 10 607 respectivement), tandis que le nombre des accusations pour délits relatifs à la cocaïne a augmenté (817 et 1 396 respectivement)[37].

## 6. L'usage des drogues illicites chez les jeunes Canadiens

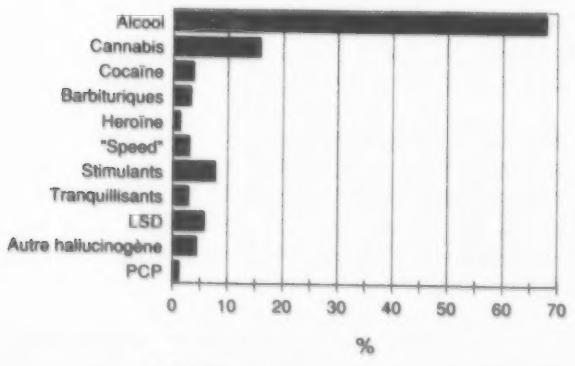
La majeure partie des données que nous possédons au sujet de la consommation des drogues illicites concerne les adolescents et les jeunes adultes. Comme l'initiation à ces drogues commence généralement vers cet âge, il importe d'examiner les habitudes de consommation, les particularités des consommateurs, ainsi que leurs attitudes, croyances et comportements à l'égard de la consommation des drogues illicites.

La firme Gallup, pour le compte de Santé et Bien-être social Canada, a étudié l'usage de la marijuana et des autres drogues illicites, ainsi que la consommation d'alcool et de tabac. Un certain nombre de provinces ont aussi fait des enquêtes sur les comportements des jeunes à l'égard de ces substances.

### *6.1 Prévalence*

Une minorité seulement de jeunes Canadiens déclare faire usage de drogues illicites. Comme on peut le voir à la figure 14, la drogue illicite la plus fréquemment consommée par les jeunes est le cannabis, sous forme de marijuana ou de haschisch[12].

**Figure 14.**
**Usage non médical des drogues dans l'année précédant l'enquête chez les élèves de l'Ontario, 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

Un sondage Gallup, réalisé en 1986, a révélé que 44 % des Canadiens de 12 à 29 ans avaient consommé du cannabis au cours de leur vie («consommation durant la vie»). Parmi ces répondants, 11 % ont déclaré avoir fait usage de cannabis au cours du mois ayant précédé l'enquête[38].

Au Canada, il existe certaines différences régionales dans la prévalence de l'usage du cannabis chez les jeunes. Selon les résultats du sondage Gallup, ce sont les jeunes de la Colombie-Britannique qui sont les plus nombreux à déclarer en faire usage : 57 % ont dit en avoir consommé au cours de leur vie et 17 % en avaient fait usage au cours du mois précédent. C'est au Québec et dans les provinces de l'Atlantique qu'on a constaté les plus faibles taux de consommation (9 % et 11 % au cours du mois ayant précédé l'enquête). Quant aux jeunes de l'Ontario et des provinces des Prairies, leurs taux de consommation au cours du mois précédent (11 % et 13 % respectivement) se situaient près de la moyenne nationale[38]. Ces constatations ressemblent à celles découlant d'autres enquêtes, malgré qu'il soit parfois difficile de faire des comparaisons exactes entre des études lorsque celles-ci ont été menées selon des méthodes différentes.

Certaines commissions provinciales de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ont analysé les habitudes de consommation des drogues chez les jeunes. Des enquêtes effectuées auprès des jeunes à différents âges et niveaux scolaires fournissent des informations sur les types de drogues utilisées, la fréquence et les habitudes de consommation. Bien que les tendances générales en matière de consommation des drogues illicites se ressemblent d'une province à l'autre, on constate certaines différences. Il est possible cependant que celles-ci s'expliquent par des variantes sur le plan des méthodes et de l'échantillonnage.

Des enquêtes auprès des jeunes des écoles secondaires ont été effectuées au Nouveau-Brunswick[39] en 1986 et en Ontario[40] en 1987, tandis qu'un sondage téléphonique a été réalisé en Saskatchewan en 1986[41]. Les résultats de ces trois enquêtes sont présentés au tableau 3.

Lors d'un sondage fait en Alberta en 1985 auprès de jeunes de 12 à 17 ans, 15 % des répondants ont dit avoir fumé de la marijuana au cours des six mois précédents; cependant, la majorité de l'échantillon en consommait rarement[42].

Il semble que la majorité des jeunes qui consomment des drogues illicites ne le font qu'à titre expérimental. Dans l'enquête menée en Ontario, 10 % des élèves ont dit avoir fait usage de cannabis au cours du mois précédent, et environ 60 % de ce nombre ont dit n'en avoir consommé qu'une fois ou deux[12]. Ainsi, 4 % seulement des élèves de l'Ontario ont déclaré avoir consommé du cannabis plus de deux fois au cours du mois ayant précédé l'enquête. Au Nouveau-Brunswick, 15 % des élèves interrogés ont déclaré avoir consommé du cannabis trois fois ou plus dans l'année ayant précédé l'enquête[39].

Bien que le cannabis soit la drogue illicite la plus fréquemment utilisée par les jeunes, les enquêtes ont révélé que ces derniers font aussi usage d'autres drogues illicites. Comme nous l'avons déjà dit, l'Enquête Promotion Santé a montré que la consommation de stimulants et de cocaïne était très répandue chez les hommes de 15 à 24 ans et chez les étudiants. Trois pour cent des Canadiens appartenant au groupe des 15 à 24 ans ont déclaré avoir fait usage de stimulants au cours des 12 mois précédents[38]. Bien que l'Enquête Promotion Santé n'ait fait aucune distinction entre l'usage médical et

**Tableau 3.**
**Pourcentage des jeunes qui ont dit avoir fait usage de cannabis au moins une fois dans l'année ayant précédé les enquêtes provinciales.**

| | % |
|---|---|
| Ontario, 1987<br>7e à 13e année | 16 |
| Nouveau-Brunswick, 1986<br>7e à 12e année | 23 |
| Saskatchewan, 1986<br>12 à 18 ans | 14 |

*Sources :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, Commission de l'alcool et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick

l'usage non médical de ces substances, les taux d'usage chez les étudiants étaient deux fois plus élevés que la moyenne nationale. Comme l'usage médical licite des stimulants est surtout réservé au traitement de certains troubles comme l'obésité, la narcolepsie et les problèmes liés à la faculté d'attention, une bonne proportion de la consommation déclarée de stimulants se fait probablement à des fins non médicales.

Au cours de cette même enquête, 1 % des répondants de 15 ans et plus a dit avoir consommé de la cocaïne au cours des 12 mois précédents. On ne possède pas de données sur la consommation d'autres drogues illicites.

En Saskatchewan, en 1986, on a fait un sondage téléphonique auprès des adolescents (de 12 à 18 ans) et des jeunes adultes (de 19 à 24 ans). Selon les réponses fournies, 5 % des adolescents avaient consommé des stimulants dans l'année précédente et 2 %, de la cocaïne. Moins de 2 % des répondants ont déclaré avoir fait usage de tranquillisants, de barbituriques, de PCP (phencyclidine), de colle ou de solvants, ou d'héroïne[41]. Chez les répondants du groupe des 19 à 24 ans, les taux d'utilisation étaient légèrement plus élevés.

Lors de l'enquête menée en Alberta en 1985 auprès des adolescents de 12 à 17 ans, moins de 5 % des répondants ont dit avoir fait usage d'hallucinogènes, d'amphétamines, de barbituriques ou de cocaïne au cours des six mois précédents[42].

En Ontario, en 1987, 8 % des étudiants ont déclaré avoir fait usage de stimulants à des fins non médicales dans l'année ayant précédé l'enquête, tandis que 6 % avaient consommé du LSD et que moins de 5 % avaient pris une autre drogue illicite (voir la figure 14). Notons, cependant, qu'à l'instar des autres enquêtes, il est possible que des répondants aient dit avoir fait usage de plus d'une drogue[12].

On possède peu de données sur la polytoxicomanie chez les jeunes. Cependant, l'Enquête Promotion Santé a révélé que 5 % des Canadiens de 15 à 24 ans avaient consommé deux drogues ou plus durant l'année avant l'enquête, tandis que 13 % n'avaient fait usage que d'une des drogues apparaissant sur une liste prédéterminée. De manière générale, les jeunes consommateurs de drogues illicites sont également les plus nombreux à consommer du tabac et de l'alcool. L'enquête réalisée par la firme Gallup en 1985 a révélé que les consommateurs de marijuana sont beaucoup plus nombreux à fumer la cigarette quotidiennement (66 % par rapport à 32 % des non-consommateurs) et à consommer de l'alcool chaque mois (98 % par rapport à 64 % des non-consommateurs)[38].

Dans l'ensemble du Canada, une enquête menée en 1984-1985 auprès des élèves des 7e et 10e années a montré que ceux qui prenaient de l'alcool étaient plus nombreux à fumer la cigarette et à faire usage de marijuana; plus la consommation d'alcool était fréquente et plus la quantité consommée à la fois était importante, plus la consommation de marijuana et de tabac était élevée[43].

En Ontario, lors d'un sondage réalisé auprès d'un groupe d'élèves, on a constaté que ceux qui faisaient usage de tabac étaient plus nombreux à faire aussi l'essai de la marijuana[44]. Ceux qui consommaient d'autres drogues illicites, comme le LSD, la cocaïne, l'héroïne et les stimulants vendus sans ordonnance, étaient aussi plus nombreux à avoir fait l'essai du cannabis et à en faire usage.

Une enquête antérieure portant sur l'usage de la cocaïne chez les élèves de l'Ontario a montré que ceux qui consommaient cette substance étaient plus nombreux que les consommateurs de cannabis à faire usage d'autres drogues et beaucoup plus nombreux à dire qu'ils avaient un problème d'alcool ou de drogues[31].

Une analyse des habitudes des élèves en matière de consommation de drogues au cours de la dernière décennie permet de constater qu'il y a eu une augmentation importante de la proportion des consommateurs qui font usage de deux drogues illicites ou plus. Cependant, on constate aussi une augmentation importante du pourcentage des sujets qui font usage de cannabis seulement. À l'heure actuelle, presque tous les consommateurs de drogues illicites, sauf ceux qui font usage de cannabis, consomment deux ou plusieurs substances[45].

Il semble que l'usage du cannabis ne mène pas nécessairement à la consommation d'autres substances illicites, mais qu'il soit fortement associé à l'usage d'autres drogues socialement acceptées, comme le tabac et l'alcool. Par conséquent, bien que la plupart de ceux qui consomment deux ou plusieurs drogues aient déjà fait usage de cannabis, on ne peut dire que ceux qui font usage du cannabis se dirigent nécessairement vers la consommation de deux ou de plusieurs drogues. Les données existantes ne permettant pas de tracer l'évolution naturelle de l'usage des drogues illicites, il est très difficile de conclure qu'une substance quelconque, y compris le cannabis, soit une porte d'entrée vers l'usage d'autres drogues.

### *6.2 Âge et sexe des jeunes consommateurs*

Il a été établi que ce sont surtout les jeunes Canadiens qui font usage de drogues illicites. Selon les données recueillies lors de l'Enquête Promotion Santé, c'est chez les plus jeunes personnes interrogées (le groupe des 15 à 24 ans) que l'on a constaté le plus fort taux d'usage de cannabis et de cocaïne en 1985. Douze pour cent des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents, par rapport à 6 % de tous les répondants âgés de 15 ans et plus[38].

Cette enquête a révélé que l'usage de la cocaïne dans la population en général était faible (1 %), mais qu'il doublait (2 %) chez les 15 à 24 ans. Elle a en outre permis de constater que l'usage de deux ou de plusieurs drogues est plus fréquent chez les jeunes Canadiens que chez les membres de tout autre groupe de moins de 55 ans.

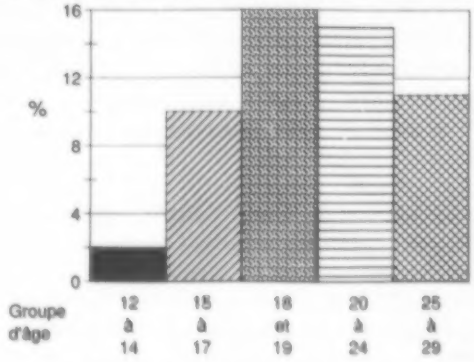
Les constatations faites lors de l'Enquête Promotion Santé sont semblables à celles qui ont été tirées des enquêtes sur les jeunes. Dans la plupart des cas, les enquêtes portant sur les habitudes de consommation des drogues par les jeunes et les étudiants ont montré que l'usage des drogues illicites augmente selon le niveau scolaire. Cependant, cet usage tend à se stabiliser vers la fin de l'adolescence, ce qui correspondrait à la fin de la période où les jeunes tentent de nouvelles expériences.

Ainsi, le sondage Gallup de 1986 a montré que la consommation de marijuana augmente graduellement avec l'âge, en commençant chez les jeunes de 12 à 14 ans, pour culminer chez les membres du groupe des 18 à 24 ans (voir la figure 15). C'est à 16 ans en moyenne que les jeunes font leur première expérience de la marijuana, et c'est également à cet âge qu'ils commencent à en faire usage régulièrement[38].

Une enquête nationale, menée dans les écoles en 1984-1985, a révélé que le pourcentage des élèves de 10e année qui faisaient usage de marijuana était plus élevé, et que ces élèves étaient aussi de plus gros utilisateurs de cette drogue que les élèves de 7e année[43].

Lors de l'enquête réalisée au Nouveau-Brunswick en 1986 auprès de la population scolaire, on a constaté que l'usage déclaré du cannabis dans les 12 mois ayant précédé l'enquête était substantiellement plus important chez les élèves des dernières années du secondaire que chez ceux des premières années (respectivement 31 % et 14 %), et que l'écart entre les utilisateurs de cannabis de sexe féminin et ceux de sexe masculin s'élargissait aussi à mesure que les jeunes avançaient dans leurs études[39]. De la même manière, les données recueillies auprès des jeunes de la Saskatchewan ont montré que 2 % seulement des jeunes de 12 ans avaient déjà fait usage de marijuana, par rapport à 31 % de ceux de 18 ans[41]. Par ailleurs, un sondage réalisé en 1985 auprès de la population scolaire d'Ottawa-Carleton révélait que la consommation de drogues à des fins récréatives variait selon l'âge, mais non selon le sexe

**Figure 15.**
**Usage déclaré du cannabis dans le mois précédant l'enquête chez les jeunes, selon l'âge, Canada, 1986.**




*Source :* Santé et Bien-être social Canada

ou le groupe social, et que c'étaient les élèves les plus âgés qui indiquaient la plus forte consommation[46].

En Ontario, les taux relatifs à la consommation de cannabis au cours de l'année ayant précédé l'enquête de 1987 augmentaient aussi selon l'âge : ces taux allaient de 3 % chez les sujets de 13 ans et moins à 32 % chez ceux de 18 ans et plus[12].

Les habitudes de consommation des substances volatiles sont différentes de celles du cannabis. Au Nouveau-Brunswick, l'usage de la colle et des solvants diminue à mesure que les jeunes avancent dans leurs études[39], tandis qu'en Ontario, ce sont les jeunes de 7e et de 9e année qui abusent le plus de ces substances, dont l'usage diminue dans les classes plus avancées. Lors d'une enquête effectuée en Nouvelle-Écosse, on a constaté que l'inhalation de substances volatiles était plus répandue chez les élèves de 8e année et qu'elle diminuait ensuite au deuxième cycle[47]. Une enquête-ménage effectuée en Ontario a montré une corrélation entre l'âge et l'usage des drogues, les répondants plus âgés faisant une plus grande consommation de ces produits, à l'exception de l'inhalation de colle et de solvants, qui était plus fréquente chez les plus jeunes[48].

Une enquête auprès de la population étudiante de l'Ontario a cependant mis en évidence des habitudes de consommation des drogues légèrement différentes. Celle-ci commence par augmenter selon le niveau scolaire, et diminue ensuite de façon marquée dans les classes plus avancées. Ainsi, l'usage du tabac, du cannabis, des barbituriques à des fins non médicales, des stimulants et des tranquillisants, ainsi que du LSD et des autres hallucinogènes, augmente régulièrement à chaque niveau scolaire, sauf en 11e et en 13e année; il en est de même pour le *speed* (méthamphétamine), dont la consommation augmente jusqu'en 11e année, et diminue chez les élèves de 13e année[12]. Ces diminutions pourraient être attribuées au fait que certains élèves utilisant des drogues quittent l'école avant la 13e année.

Des données révèlent également une corrélation entre l'âge et l'initiation à différentes drogues illicites. Une enquête sur l'usage de la cocaïne parmi la population scolaire, faite plus tôt en Ontario, indiquait que les consommateurs de cette drogue étaient généralement plus âgés que ceux qui faisaient usage de cannabis. Une étude de cette même population a aussi montré que l'usage de la cocaïne culmine chez les jeunes de 16 à 18 ans, les taux de consommation étant plus bas chez les sujets de moins de 16 ans[31].

Tout comme ce que l'on a pu constater chez les adultes et relativement à d'autres substances, on note qu'il y a plus de consommateurs de drogues illicites chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. Par exemple, les données sur les jeunes Canadiens fournies par l'enquête Gallup de 1986 établissent que les taux d'utilisation du cannabis sont plus élevés chez les sujets de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin. En effet, 9 % des jeunes femmes de 12 à 29 ans ont déclaré avoir fait usage de cannabis au cours du mois ayant précédé l'enquête, par rapport à 14 % des jeunes hommes[38].

En ce qui concerne toutes les drogues (sauf le tabac), plus de jeunes garçons que de jeunes filles, interrogés dans le cadre de l'enquête sur la population scolaire effectuée au Nouveau-Brunswick en 1986, ont répondu en faire usage. Sans exception, les jeunes hommes ont déclaré faire une plus grande consommation de cannabis que les jeunes femmes; ils abusent aussi plus fréquemment de solvants[39] et font usage d'une plus grande variété de drogues que les filles.

L'enquête faite auprès des élèves de l'Ontario indique que l'usage déclaré de colle, de cannabis, de barbituriques à des fins non médicales, de *speed*, de LSD et autres hallucinogènes, de PCP et de cocaïne est beaucoup plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Les filles ne viennent jamais en tête, quelle que soit la drogue[12].

Une étude sur l'usage de la cocaïne au sein de la population scolaire de l'Ontario a montré que les utilisateurs de cette drogue étaient surtout des garçons et que leur rendement scolaire était inférieur à celui des non-utilisateurs[31]. Il en est de même chez les adolescents de l'Alberta, où la consommation déclarée de marijuana est plus élevée chez les garçons que chez les filles[42]. Seule une enquête-ménage réalisée en Ontario a révélé une tendance vers un plus grand usage des drogues chez les filles appartenant au groupe des 14 à 16 ans, surtout en ce qui concerne le cannabis[48].

Lors d'une étude faite auprès des habitants d'une réserve autochtone et d'une enquête auprès de la population étudiante de la Nouvelle-Écosse, on n'a constaté aucune différence importante entre les pourcentages des hommes et des femmes qui faisaient usage de solvants[47]. Cependant, d'autres études ont montré que l'inhalation de solvants serait jusqu'à dix fois plus répandue chez les sujets de sexe masculin[49].

### *6.3 Jeunes autochtones*

Les enquêtes sur l'usage des drogues chez les jeunes autochtones du Canada montrent que la situation qui existe au sein de ce groupe en matière d'usage et d'abus des drogues est beaucoup plus grave que dans l'ensemble du pays. Par exemple, lors d'une enquête, on a constaté que 57 % des adolescents autochtones de la Saskatchewan avaient consommé des drogues au cours de l'année précédente; 19 % d'entre eux ont en outre indiqué qu'ils en faisaient régulièrement usage (au moins une fois par semaine). Les drogues ainsi consommées appartenaient à diverses catégories, notamment les solvants, l'alcool non potable, les drogues de la rue ainsi que les médicaments en vente libre et de prescription[30].

Environ la moitié des jeunes autochtones de la Saskatchewan interrogés ont dit faire usage de drogues, dans la plupart des cas de drogues de la rue. L'usage des solvants est aussi très élevé, 10 % de l'échantillon en ayant consommé. Bien que la majorité des élèves interrogés aient eu de 15 à 19 ans, 15 % d'entre eux ont déclaré faire usage des drogues depuis trois ans ou plus[30].

Ces constatations ressemblent à celles tirées d'une enquête menée auprès d'élèves autochtones de l'Ontario. Dix-huit pour cent des élèves de la 3e à la 8e année ont dit avoir fait l'expérience de la marijuana, et 43 % des jeunes de la 7e à la 13e année l'utilisaient[50]. Notons, cependant, que les niveaux scolaires sont généralement plus bas chez les autochtones; ainsi, il est possible que les élèves de ces classes soient plus âgés que les non-autochtones de même niveau scolaire. De plus, dans bien des cas, les enquêtes auprès de la population scolaire excluent les adolescents qui appartiennent à ces groupes d'âge mais qui ne fréquentent plus l'école, ce qui entraîne une sous-estimation de l'ampleur du problème chez les jeunes autochtones. Ce biais pourrait être particulièrement grave dans le cas des enquêtes portant sur les jeunes autochtones.

L'usage de solvants constitue un problème majeur chez les autochtones des réserves. On rapporte que, dans plusieurs réserves indiennes, l'inhalation d'essence est très répandue. Ce sont les enfants de 5 à 15 ans qui font le plus souvent usage de ces substances volatiles[49]. Les groupes qui ne peuvent se procurer d'autres drogues sont les plus susceptibles de faire usage de solvants par inhalation[27]. Lors d'une étude réalisée dans une réserve indienne du sud-ouest de l'Ontario, on a constaté qu'au cours d'une période de quatre ans, 10 % des habitants avaient été traités à un poste d'infirmières pour des symptômes pouvant avoir été causés par l'inhalation d'essence; 77 % des cas étaient des enfants de 5 à 15 ans[49].

En résumé, il semble que la prévalence, la fréquence et la durée de l'usage des drogues chez les jeunes autochtones soient considérablement plus élevées que chez les jeunes Canadiens en général.

### *6.4 Tendances de l'usage*

Les données fournies par les études longitudinales et transversales faites au Canada contiennent des indications sur les tendances de l'usage des drogues illicites chez les jeunes Canadiens.

Selon les données fournies par l'enquête Gallup de 1986, la proportion des jeunes Canadiens qui avaient fait usage de marijuana au cours du mois précédent avait subi une légère baisse au cours de l'année précédente (elle était tombée de 14 % à 11 %)[38]. Une baisse statistiquement significative de la fréquence de la consommation de marijuana (sauf pour ce qui est de l'usage quotidien) a été constatée entre 1981 et 1985[51,52].

Les résultats d'enquêtes répétées dans les écoles de Vancouver, de l'Ontario et de Halifax sont généralement conformes aux constatations tirées des enquêtes nationales concernant l'usage de la marijuana chez les jeunes. Toutes indiquent une baisse substantielle de la consommation entre le milieu des années 70 et le début des années 80[53].

Entre 1977 et 1987, on a réalisé six études transversales chez les élèves des écoles secondaires de l'Ontario[12,54,55]. La figure 16 montre une réduction marquée de l'usage occasionnel du cannabis; ainsi, les chiffres les plus récents ne représentent que la moitié de ceux constatés en 1979, l'année de la plus forte consommation. La majorité des jeunes (62 %) qui ont fait usage de cannabis en 1987 ont dit l'avoir fait une ou deux fois seulement[12].

Lors de l'enquête sur la population étudiante de l'Ontario, on a constaté une baisse similaire de la consommation des autres drogues illicites (figure 16). Bien que ces dernières soient beaucoup moins consommées que le cannabis, leur consommation accuse aussi une tendance à la baisse. La plupart des drogues ont connu leurs plus forts taux de consommation en 1979 ou 1981, sauf les stimulants, dont la plus forte consommation a été enregistrée en 1983.

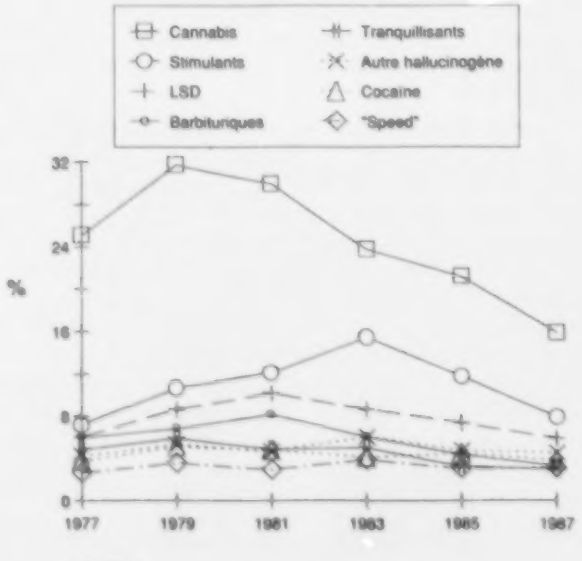
L'usage non médical des stimulants chez les élèves de l'Ontario a subi une augmentation importante jusqu'en 1983[54]. Cependant, entre 1983 et 1985 et entre 1985 et 1987, la consommation de stimulants au cours d'une période de 12 mois est tombée à 8 %, ce qui constituait une baisse importante. On n'a cependant constaté aucun changement important relativement à l'usage déclaré du *speed* (méthamphétamine), et la consommation de cocaïne reste stable depuis 1977. L'usage des tranquillisants et des barbituriques à des fins non médicales a aussi subi une baisse entre 1983 et 1987. Enfin, le nombre total de drogues utilisées par la population scolaire a baissé entre 1985 et 1987[12].

Une enquête faite à Vancouver a révélé que le pourcentage des élèves qui déclaraient avoir déjà fait usage d'hallucinogènes ainsi que de stimulants et de dépresseurs vendus sans ordonnance a baissé entre le début des années 1970 et 1983. Au cours de cette même période, cependant, l'usage de la cocaïne a quelque peu augmenté tandis que l'inhalation d'agents volatils connaissait une hausse substantielle. La consommation d'héroïne (2 % seulement des répondants ont déclaré l'avoir déjà utilisée) est restée stable.

Une étude menée plus tôt à Halifax et portant sur l'usage déclaré des drogues au cours des six mois précédents a permis de constater une hausse de la consommation d'amphétamines et une certaine augmentation de l'usage des hallucinogènes chez les filles seulement. L'inhalation d'agents volatils et l'usage des barbituriques et des opiacés étaient restés stables[53]. Depuis 1983, cependant, nous n'avons plus de données venant de Halifax.

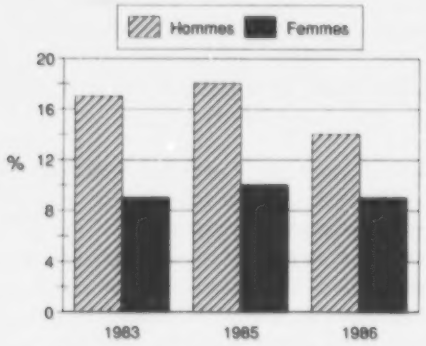
À Montréal, on a fait une étude comparative auprès des élèves de niveau collégial (cégep) sur l'usage de l'alcool et des drogues entre 1978 et 1984. À l'instar des autres enquêtes sur la population scolaire, on a constaté une baisse générale de la consommation des drogues. L'usage des amphétamines était resté stable, tandis que celui des hallucinogènes avait diminué. On a cependant constaté une augmentation du pourcentage de ces élèves, plus âgés, qui consommaient du cannabis et de la cocaïne[56].

**Figure 16.**
**Usage des drogues illicites dans l'année précédant l'enquête chez les élèves, Ontario, 1977 à 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

**Figure 17.**
**Usage du cannabis dans le mois précédant l'enquête chez les jeunes de 12 à 29 ans, selon le sexe, Canada, 1983, 1985 et 1986.**




*Source :* Santé et Bien-être social Canada

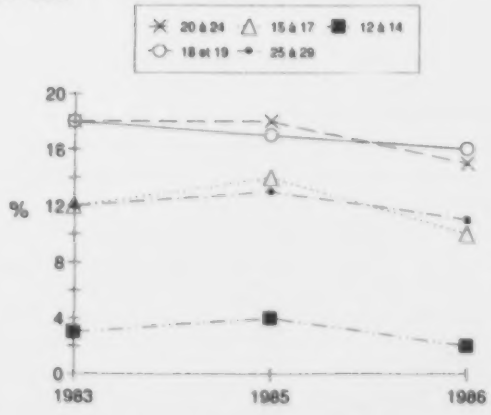
Des enquêtes-ménages sur les jeunes de l'Alberta ont été menées en 1981, 1983 et 1985. En 1983 et 1985, 15 % des répondants ont dit avoir consommé de la marijuana au cours des six mois précédents, ce qui constituait une baisse importante par rapport à 1981, année où ce taux était de 25 %. Cinq pour cent ou moins des répondants ont déclaré qu'ils consommaient d'autres drogues, notamment les hallucinogènes, les amphétamines, la cocaïne, les barbituriques et l'héroïne. On n'a constaté aucun changement important entre 1981 et 1983, mais les données indiquaient une légère baisse de la consommation entre 1981 et 1985[42,57].

Lorsqu'on examine les tendances nationales et provinciales de l'usage des drogues, on constate une baisse générale de la consommation des drogues illicites chez les jeunes, en particulier de la marijuana. Aucun facteur ne peut à lui seul expliquer cette baisse. Comme le prix du cannabis de même que l'accès à cette substance n'ont pas beaucoup changé depuis dix ans, il est plus probable que ce soient les changements dans l'attitude des jeunes à l'endroit des drogues qui aient entraîné cette baisse de la consommation. Il se peut que certaines de ces apparentes tendances à la baisse soient attribuables, dans une faible mesure, au fait que les jeunes sont moins disposés à signaler leur usage des drogues.

Toutes les données indiquent qu'une plus grande proportion de garçons que de filles font usage de drogues illicites. De 1977 à 1987[12], l'usage du cannabis chez les garçons de l'Ontario est resté plus élevé que chez les filles, malgré une baisse constante et spectaculaire de la consommation globale depuis 1979. Les données nationales recueillies par la firme Gallup pour la période allant de 1983 à 1986 ont aussi montré que la consommation de cette substance par les garçons et jeunes hommes de 12 à 29 ans restait constamment supérieure à celle des filles et jeunes femmes (voir la figure 17)[38]; cependant, les sujets des deux sexes ont réduit leur consommation, bien que cette réduction semble inférieure à celle constatée en Ontario.

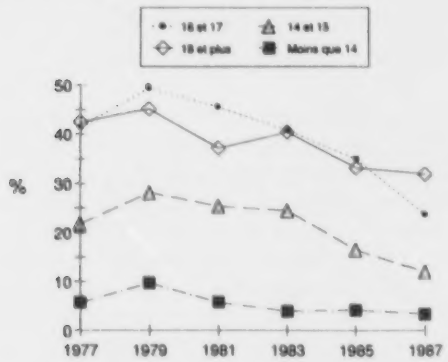
Ce sont toujours les jeunes de niveau universitaire qui sont les plus nombreux à faire usage de cannabis, mais on constate une baisse chez tous les groupes d'âge. Selon les données nationales pour la période allant de 1983 à 1986, ce sont les sujets de 18 à 24 ans qui, chaque année, ont la plus forte consommation (voir la figure 18). Quant à la population étudiante de l'Ontario, les données révèlent, pour cette même période, des taux d'utilisation régulièrement plus élevés chez les jeunes de 16 ans et plus. Mais à l'instar des données nationales, on constate des baisses évidentes chez tous les groupes (figure 19)[12,38].

**Figure 18.**
**Usage du cannabis dans le mois précédant l'enquête chez les jeunes de 12 à 29 ans, Canada, 1983, 1985 et 1986.**




*Source :* Santé et Bien-être social Canada

**Figure 19.**
**Usage du cannabis dans l'année précédant l'enquête chez les élèves de l'Ontario, 1977 à 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

### *6.5 Abandon de la drogue et abstinence chez les jeunes*

L'abandon spontané de la drogue semble se produire le plus souvent dans le cas du cannabis, bien que la consommation de toutes les drogues, y compris l'alcool et l'héroïne, ait tendance à diminuer à mesure que les jeunes avancent en âge. Lorsque, dans le cadre d'une analyse de plus de 20 études effectuées au Canada et aux États-Unis entre 1972 et 1983, on a examiné la question de l'abandon du cannabis[44], on a constaté que l'abandon de cette drogue était plus fréquent chez les groupes plus âgés. Les taux d'abandon indiqués dans ces études étaient de l'ordre de 20 % à 25 % chez les élèves de niveau secondaire, de 35 % chez ceux de niveau universitaire et de 55 % chez les adultes[44].

Dans l'enquête réalisée au Nouveau-Brunswick en 1986, les jeunes répondants ont donné des raisons pour lesquelles ils avaient mis fin à leur consommation de cannabis : ils ne voulaient qu'en faire l'expérience, la drogue ne les intéressait plus et ils craignaient ses effets nuisibles pour la santé[42]. De même, les répondants au sondage Gallup de 1986 ont donné, comme principales raisons pour lesquelles ils avaient abandonné la marijuana, le fait que la drogue ne les intéressait plus, qu'ils avaient d'autres intérêts et qu'ils craignaient qu'elle ne nuise à leur santé[38].

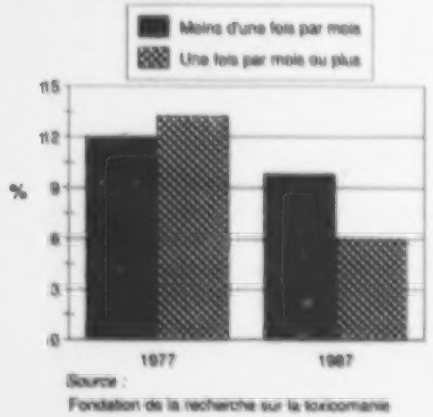
Mais tous les usagers ne sont pas également susceptibles de mettre fin à leur habitude. Ainsi, en 1986, en Ontario, on a constaté que l'abandon du cannabis était beaucoup moins fréquent chez les gros consommateurs de cette drogue et chez ceux qui faisaient usage de cannabis en association avec d'autres drogues illicites[44].

Au cours des dernières années, on a constaté, outre l'abandon de cette drogue, une baisse de la fréquence de la consommation. Comme on peut le voir à la figure 20, les réponses données par les élèves de l'Ontario quant à leur fréquence de la consommation de cannabis montrent que celle-ci est inférieure à celle constatée dix ans plus tôt chez les sujets des mêmes groupes d'âge; on a fait les mêmes constatations au sujet de la consommation de cocaïne[42].

La plupart des jeunes qui consomment des drogues illicites le font à titre expérimental, c'est-à-dire qu'ils en font un usage peu fréquent et pendant une brève période au cours de leur adolescence. Selon les résultats d'une enquête faite auprès d'élèves de l'Ontario, la majorité (63 %) de ceux qui ont fait l'essai du cannabis n'ont pas continué d'en consommer, ce qui veut dire qu'au moins en ce qui concerne le cannabis, une première expérience ne mène pas nécessairement à l'habitude[44].

Dans cet usage expérimental de la drogue, la curiosité semble être un important facteur de motivation. Lors de l'enquête menée au Nouveau-Brunswick, on a constaté que les répondants

**Figure 20.**
**Fréquence de l'usage du cannabis chez les élèves de l'Ontario, 1977 à 1987.**




*Source :*
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

avaient consommé du cannabis principalement "pour voir l'effet que cela faisait"[39]. Cette même réponse est aussi celle qu'on a obtenue le plus fréquemment lors de l'enquête Gallup de 1986[38].

Au cours de la dernière décennie, on a observé une augmentation de la proportion des jeunes qui ne consomment pas de drogues illicites. Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer avec certitude les raisons de la baisse de popularité de ces substances, cette baisse s'accorde avec les autres tendances vers des choix de modes de vie plus sains.

Lors du sondage Gallup de 1986, les raisons les plus fréquemment données par ceux qui n'avaient jamais consommé de marijuana pour expliquer leur choix étaient leur manque d'intérêt pour ce genre de substance et la peur qu'elle ne nuise à leur santé[38].

### *6.6 Usage des drogues et conduite d'un véhicule*

On possède peu de données sur l'usage des drogues illicites et la conduite d'un véhicule automobile chez les jeunes Canadiens. Beaucoup moins de recherches ont été faites sur l'usage du cannabis et la conduite d'un véhicule que sur la conduite sous l'influence de l'alcool. Il existe peu de données épidémiologiques sur l'ampleur de ce problème[58].

Lors d'une enquête menée dans des écoles au Nouveau-Brunswick, 17 % des élèves qui avaient déjà conduit un véhicule ont dit avoir déjà pris le volant dans l'heure qui a suivi la consommation de marijuana ou de haschisch; 4 % avaient été accusés d'une infraction au code de la route après avoir fait usage de cannabis, tandis que 4 % avaient eu un accident après avoir consommé cette substance[39].

Bien que la proportion des jeunes qui déclarent faire usage de cannabis diminue, c'est encore vers la fin de l'adolescence et le début de la vingtaine que l'habitude de cette substance est la plus répandue. On peut donc supposer qu'à l'instar de l'alcool, l'usage du cannabis associé à la conduite d'un véhicule automobile constitue un problème chez les sujets de ce groupe d'âge. Le fait que les jeunes consommateurs de cannabis soient plus nombreux à prendre également de l'alcool augmente le danger d'affaiblissement des facultés dû à une combinaison de drogues.

### *6.7 Attitudes des jeunes à l'égard de l'usage des drogues illicites*

Plusieurs enquêtes faites auprès des Canadiens ont permis d'examiner les rapports entre les attitudes et comportements de ceux-ci à l'égard de l'usage des drogues illicites. Bien qu'il existe un lien entre certains comportements et attitudes et l'usage de ces substances, cela ne sous-entend pas que ce lien en soit un de causalité. Par exemple, on peut avoir constaté un rapport entre les attitudes négatives à l'endroit de l'école et l'usage de la marijuana, mais ces données n'indiquent pas si c'est la marijuana qui est responsable des attitudes négatives face à l'école, ou si ce sont ces attitudes négatives qui prédisposent certains jeunes à faire usage de marijuana.

Dans une enquête auprès des adolescents d'Ottawa-Carleton, un nombre relativement élevé de répondants ont déclaré faire usage de tabac, d'alcool et de drogues à des fins récréatives et peu d'entre eux ont vu ces comportements comme des problèmes de santé. Cette étude n'a mis en évidence aucun rapport entre l'appartenance à un groupe social et les attitudes et comportements face à la santé[46].

Dans le cadre des enquêtes portant sur les élèves de l'Ontario, on a examiné les attitudes de ces jeunes face à l'usage du cannabis par leurs pairs et aux changements dans les lois relatives à cette drogue; on a constaté un lien très étroit entre les attitudes positives face à l'usage des drogues par les pairs et le maintien de l'usage du cannabis[44].

L'enquête Gallup comprenait un certain nombre de questions portant sur les croyances au sujet des effets de l'usage de la marijuana. Les effets physiques négatifs les plus fréquemment mentionnés par les jeunes étaient : les dommages aux poumons, l'accoutumance et une baisse de la fécondité. Parmi les effets mentionnés sur le comportement, on remarque : la conduite automobile dangereuse, la distraction, les comportements stupides, la difficulté à se concentrer et la perte de la notion du temps. Enfin, les effets positifs de la marijuana, d'après les réponses fournies, comprenaient : la diminution de la

tension, l'augmentation de la sociabilité et le sentiment d'être plus audacieux. Les sondages faits en 1985 et 1986 ont tous montré que les jeunes rejettent en général la marijuana, sept répondants sur dix ayant dit qu'ils essaieraient de convaincre un ami de cesser de fumer cette substance[38].

Les résultats d'une étude sur les attitudes et les comportements des élèves de 7e et de 10e année ont montré que les jeunes de 7e année étaient plus nombreux à se dire en faveur de la légalisation de la marijuana; cependant, moins d'un cinquième seulement des élèves des deux classes croyaient qu'il n'y avait aucun danger à faire occasionnellement usage de cette substance[42]. Ces constatations sont semblables aux données recueillies lors de l'Enquête Promotion Santé, selon laquelle 68 % des répondants de 15 à 24 ans croient que la marijuana peut nuire à la santé physique ou mentale[28].

L'étude sur les jeunes de 7e et de 10e année a aussi montré que ceux qui consommaient du cannabis avaient des attitudes plus positives face à l'usage des drogues et au fait de "se tenir" avec ceux qui en font usage. Les jeunes qui consommaient de la marijuana, de l'alcool et du tabac étaient plus nombreux que les non-consommateurs à passer beaucoup de temps à écouter de la musique et peu à faire leur travail scolaire, à avoir des attitudes négatives à l'endroit de leurs parents et de la vie familiale, à avoir une piètre opinion d'eux-mêmes et des problèmes de santé mentale et à avoir une attitude négative à l'endroit de l'école. On n'a établi aucun rapport entre le niveau d'activité physique et l'usage du cannabis[43].

Selon à peu près 75 % des jeunes de Winnipeg, l'usage de la marijuana est dangereux pour le foetus, diminue les réflexes et constitue un risque lorsque l'usager conduit un véhicule automobile ou une bicyclette[43]. Cependant, lorsqu'on a demandé à ces jeunes si la consommation de marijuana leur avait causé des problèmes, comme des tensions au sein de la famille, des difficultés à l'école, des problèmes de santé, de la difficulté à conduire une automobile ou des problèmes avec les autorités, 85 % d'entre eux ont répondu négativement.

Lors d'une enquête auprès des élèves de la Nouvelle-Écosse, on a examiné le rapport entre l'impression de stress et l'inhalation d'agents volatils. Selon les résultats obtenus, les garçons qui ne faisaient pas usage de ces substances avaient un niveau de stress moyen beaucoup moins élevé que celui des jeunes qui en faisaient usage, que ce soit régulièrement ou à titre expérimental. Quant aux filles qui n'utilisaient pas ces agents, leur niveau moyen de stress était aussi beaucoup plus bas que celui des filles qui en faisaient régulièrement usage, mais il ne différait pas du niveau de stress de celles qui les utilisaient à titre expérimental. Les sources de stress les plus fréquemment mentionnées par les garçons qui faisaient régulièrement usage de ces substances étaient l'argent, les filles et les parents. Pour les consommatrices régulières, c'était leur apparence, l'école et les parents qui constituaient les plus grandes sources de stress[47].

# CONCLUSIONS

Il est difficile d'évaluer la vraie nature et l'étendue réelle du problème de la consommation abusive de drogues au Canada, et cela pour plusieurs raisons. Premièrement, il existe des milliers de drogues psychotropes et d'autre substances qui, consommées d'une manière inadéquate, peuvent avoir des effets nuisibles à la santé et au bien-être des Canadiens.

Deuxièmement, une évaluation quantitative de la consommation abusive de drogues peut s'avérer très complexe, puisque les effets engendrés varient souvent d'un individu à l'autre et chez un même individu à divers moments de sa vie. Les effets de la drogue ne dépendent pas uniquement de la quantité absorbée, de la fréquence ou des circonstances de sa consommation, mais également d'un ensemble de facteurs personnels, biologiques, pharmacologiques, comportementaux et autres.

Troisièmement, les effets sont souvent subtils, cumulatifs et chroniques, et prennent parfois des années ou même des générations avant de se manifester.

Quatrièmement, la consommation de certaines drogues, dans des situations données, est interdite par la loi, ce qui limite la collecte des données.

Enfin, le point sans doute le plus important, la recherche relative à la consommation abusive de drogues au Canada n'en est qu'à ses débuts. Les études scientifiques multidisciplinaires s'échelonneront sur plusieurs années avant que l'étendue du problème ne soit vraiment connue.

Néanmoins, selon la quantité, les circonstances et les conséquences, quelques drogues semblent sérieusement entraîner une consommation abusive. L'information fournie dans le présent rapport démontre qu'une attention particulière doit être accordée à chacune de ces drogues, dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue. Le recours aux prescriptions et aux médicaments en vente libre, pour les somnifères, les tranquillisants, les antidépressifs, les barbituriques, les amphétamines et les analgésiques semble être plus fréquent chez certaines populations. La recherche devra donc fournir plus de renseignements sur l'étendue de ce type de consommation, les différents modes d'utilisation et les effets engendrés.

La consommation de drogues illicites telles que la marijuana, la cocaïne, les hallucinogènes, l'héroïne et les substances volatiles semble pour sa part plus répandue chez les adolescents et les jeunes adultes. Cela représente un défi unique axé sur l'élaboration de solutions efficaces.

Le présent rapport a mis en évidence la complexité du problème de la consommation abusive de drogues au Canada et le besoin d'une intervention polyvalente et coordonnée. Il a de plus souligné la nécessité de poursuivre la recherche et la diffusion de l'information, afin de permettre aux Canadiens de mieux combattre les difficultés liées à la consommation abusive de drogues dans leur famille, les écoles, leur lieu de travail et leur collectivité.

# RENVOIS BIBLIOGRAPHIQUES


1. Gouvernement du Canada. Action contre les drogues : Bilan et perspectives nouvelles. Ministre des Approvisionnements et Services, Canada, 1988.

2. Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Drugs and drug abuse: a reference text, 2e édition. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1987 : 640.

3. Cooperstock R. "A pill for every nervous ill: psychotropics as world concern". Dans Edwards G., et coll., (éd.). Drug use and misuse; 1983, St. Martin's Press, New York : 208-214.

4. Berner M.S. "Benzodiazepines: an overview". Ontario Medical Review. Avril 1982 : 233-239.

5. Mann R.E., Nicholls B.A., Narajo C.A., Mueller C.W., Cappel H.D. "Effects of diazepam on affective properties of memories". Problems of Drug Dependence 1984. NIDA Research Monograph Series no. 55.

6. Cappell H.D., Sellers E.M., Busto U. "Benzodiazepines as drugs of abuse and dependence". Dans: Cappell H.D., et coll., éd. Research advances in alcohol and drug problems, v. 9. New York: Plenum Press, 1986 : 319.,

7. Rosser W.W. "Benzodiazepines: part of lifestyle in the 1980's". Médecin de famille canadien, 1984;30 : 193-198.

8. Busto U., Sellers E.M., Naranjo C.A., Cappell H.D., Sanchez-Craig M., Simpkins J. "Patterns of benzodiazepine abuse and dependence". British Journal of Addictions 1986; 81 : 87-94.

9. Busto U., Simpkins J., Sellers E.M., Sisson B., Segal R. "Objective determination of benzodiazepine use and abuse in alcoholics". British Journal of Addictions 1983;78 : 429-435.

10. Devenyi P., Rideout J., Schneiderman J. "Abuse of a commonly prescribed analgesic preparation". Association médicale canadienne 1985;133 : 294-296.

11. King P., Coleman J.H. "Stimulants and narcotic drugs". Pedriatric Clinics of North America 1987;34 : 349-355.

12. Smart R.G., Adlaf, E.M. Alcohol and other drug use among Ontario adults, 1977-1987. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1987.

13. Saskatchewan. Joint Committee on Drug Utilization. Report no. 3: Utilization of mood-modifying drugs in Saskatchewan: 1977. Regina, 1979.

14. Saskatchewan. Joint Committee on Drug Utilization. Report no. 7: Use of benzodiazepines. Regina, 1983.

15. Saskatchewan. Joint Committee on Drug Utilization. Report no. 9: Triazolam use in Saskatchewan. Regina, 1984.

16. Saskatchewan. Joint Committee on Drug Utilization. Report no. 8: Use of mood-modifying drugs in Saskatchewan - an update. Regina, 1984.

17. Power B., Downley W., Schnell B.R. "Utilization of psychotropic drugs in Saskatchewan". Canadian Journal of Psychiatry 1983;28 : 547-551.

18. Cooperstock R., Parnell P. "Research on psychotropic drug use: a review of findings and methods". Social Science and Medicine 1982; 16 : 1179-1196.

19. Rosser W.W. "Benzodiazepine use in a family medicine centre". Drug Protocol 1987;2(10) : 9-15.

20. Bass M.J., Pederson L.L. "Is there a trend away from tranquillizing women?" Revue canadienne de santé publique 1986;77 : 119-122.

21. Tarr J.E., Macklin M. "Cocaine". Pediatric Clinics of North America 1987;34 : 319-331.

22. Smart R.G. "Cocaine use and problems in North America". Revue canadienne de criminologie 1986;28 : 109-128.

23. Katz S. "The rising popularity of cocaine: how serious a problem?" Journal de l'Association médicale canadienne 1985;133 : 682-685.

24. Schwartz R.H. "Marijuana: an overview". Pediatric Clinics of North America 1987; 34 : 305-317.

25. Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Report of an ARF/WHO scientific meeting on adverse health and behavioral consequences of cannabis use, Toronto, Ontario, du 30 mars au 3 avril 1981. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1981 : 72.

26. McHugh M.J. The abuse of volatile substance. Pediatric Clinics of North America, avril 1987; 34:333-340.

27. Agbayewa M.O. "Psychiatric management of chronic solvent inhalations: a case presentation". Revue de psychiatrie de l'Université d'Ottawa 1981;6(2) : 114-116.

28. Lamarche P., Rootman I. "La consommation de drogues". Dans Santé et Bien-être social Canada (Rootman I., Warren R., Stephens T., Peters L. (éd.), Enquête Promotion Santé Canada. Série de rapports techniques. Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services, 1988.

29. Lanphier M.C. "Prevalence and consequences of nonmedical use of drugs among Canadian Forces personnel: 1982". American Journal of Drug Alcohol Abuse 1985;11 : 231-247.

30. Federation of Saskatchewan Indian Nations. Alcohol and drug abuse among treaty Indians in Saskatchewan: needs assessment and recommendations for change. Saskatoon: Federation of Saskatchewan Indian Nations et Santé et Bien-être social Canada, 1984.

31. Smart R.G, Liban C., Brown G. "Cocaine use among adults and students". Revue canadienne de santé publique 1981;72 : 433-438.

32. Hughes P.H., Canavan K.P., Jarvis G., Arif A. "Extent of drug abuse: an international review with implications for health planners". Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales 1983;36(3/4) : 394-497.

33. Henderson H.W. "Dependence among physicians". Médecin de famille canadien 1981;27 : 483-492.

34. Statistique Canada. Statistiques de l'hygiène mentale, hôpitaux pour maladies mentales et hôpitaux psychiatriques. N° au catalogue : 83-204.

35. Community Epidemiology Work Group. Epidemiology of drug abuse: research, clinical, and social perspectives, December 1985. Rockville, Maryland:U.S. Department of Health and Human Services, 1985.

36. Moreau J.A. "Appendix A: Selected statistics on convictions for illicit drug use in Canada". Dans Rapports annuels, Bureau des drogues dangereuses, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1985.

37. Gendarmerie royale du Canada. Rapport annuel national sur les drogues 1986/87, et tendances d'ici 1989. Ottawa : Service central des relations publiques, Gendarmerie royale du Canada, 1987.

38. Canadian Gallup Poll Ltd. Résumé du rapport sur le tabac, l'alcool et la marijuana : consommation et normes chez les jeunes, année 4. Direction dc la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1986.

39. Campbell E. Rapport préliminaire de l'enquête de 1986 sur la toxicomanie dans les écoles provinciales. Commandité conjointement par le ministère de l'Éducation et la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick, 1986.

40. Smart R.G., Adlaf E.M. Alcohol and other drug use among Ontario students in 1987, and trends since 1977. Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1987.

41. Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission. Alcohol, drugs and youth, a Saskatchewan survey, automne 1986.

42. Jeune R. Teenage alcohol and drug use in Alberta: a summary report. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. 1896.

43. King A.J.C., Robertson A.S., Warren W.K. Canada health attitudes and behaviours survey, 9, 12, and 15 year olds, 1984-85. Social Program Evaluation Group, Queen's University at Kingston [pas de date].

44. Goodstadt M.S., Chan G.C., Sheppard M.A., Cleve J.C. "Factors associated with cannabis non-use and cessation of use: between and within survey replications of findings". Addictive Behaviours 1986;11 : 275-286.

45. Smart R.G., Adlaf E.M. "Patterns of drug use among adolescents: the past decade". Social Science and Medicine 1986;23 : 717-719.

46. Feldman W., Hodgson C., Corber S., Quinn A. "Health concerns and health-related behaviours of adolescents". Journal de l'Association médicale canadienne 1986;134 : 489-493.

47. Mitic W.R., McGuire D.P. "Adolescent inhalant use and perceived stress". Journal of Drug Education 1987;17(2) : 113-121.

48. Boyle M.H., Offord D.R. "Smoking, drinking and use of illicit drugs among adolescents in Ontario: prevalence, patterns of use and sociodemographic correlates". Journal de l'Association médicale canadienne 1986;135 : 1113-1121.

49. Remington G., Hoffman B.F. "Gas sniffing as a form of substance abuse". Revue canadienne de psychiatrie 1984;29 : 31-35.

50. Union of Ontario Indians. Mémoire au Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social, au sujet des ressources requises pour lutter contre les toxicomanies, juin 1987 (inédit).

51. Rootman I. "Tendances relatives à la consommation de marijuana chez les adolescents canadiens, d'après les usagers eux-mêmes, de 1981 à 1983". Maladies chroniques au Canada 1984; vol. 5, n° 1, p. 8-10.

52. Rootman I. "Tendances de la consommation de marijuana chez les adolescents canadiens, d'après les déclarations des usagers : mise à jour 1985". Maladies chroniques au Canada 1985; vol. 6, n° 3, p. 71-72.

53. Rootman I., Jossa D. "Tendances récentes relatives à la consommation de drogues chez les jeunes Canadiens." Maladies chroniques au Canada 1984; vol. 5, n° 2, p. 35-37.

54. Smart R.G, Goodstadt M.S., Adlaf E.M., Sheppard M.A., Chan G.C. "Trends in the prevalence of alcohol and other drug use among Ontario students: 1977-1983". Revue canadienne de santé publique 1985; 76(mai/juin) : 157-162.

55. Smart R.G., Adlaf E.M., Goodstadt M.S. "Alcohol and other drug use among Ontario students: an update". Revue canadienne de santé publique 1986; 77(jan./fév.) : 57-58.

56. Lamontagne Y., Élie R. "Consommation d'alcool et de drogues chez les étudiants du niveau collégial (cégep) : Comparaison 1978-1984". L'Union médicale du Canada 1985; 114(août) : 652-657.

57. Nutter C. "Drinking and related behaviours among Alberta teens: 1983". Dans Rush B, Layne N, éd. Alcohol, drugs and Canadian youth: proceedings of a symposium on epidemiological and social/psychological studies concerning alcohol and drug use among young people. Toronto : Direction de la promotion de la santé, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Fondation canadienne des toxicomanies, 1985 : 19-55.

58. Donelson A.C. "Cannabis and driving: leaving no turn unstoned". Dans Rush B, Layne N, éd. Alcohol, drugs and Canadian youth: proceedings of a symposium on epidemiological and social/psychological studies concerning alcohol and drug use among young people. Toronto : Direction de la promotion de la santé, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Fondation canadienne des toxicomanies, 1985 : 129-151.